

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Reflejos de origen nasal

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Luis Suñé Medán



Madrid, 2015

REFLEJOS DE ORIGEN NASAL.

MEMORIA PARA ASPIRAR AL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA


Luis Luñe y Medaín


REFLEJOS DE ORIGEN NASAL.

////////////////////

- 1 -

Excmo. Sr.

La tesis que, en cumplimiento de los preceptos legales, tengo la honra de someter á la aprobación de este ilustre Tribunal para recibir, (si la indulgencia de los profesores que lo constituyen me es favorable) la gloriosa investidura de Doctor en Medicina y Cirugía, es fruto de mis aficiones á una rama de las Instituciones médicas á la que he dedicado todos mis afanes, guiado por maestros que no puedo nombrar por hallarme unido con uno de ellos por lazos de íntimo parentesco y con otros, por un amistoso compañerismo, del cual ahora más que nunca estoy satisfecho y agradecido. Por tales motivos he es-

cogido, dentro de la vasta triada de aquella rama, denominada modernamente: Oto-rino-laringología, un tema que si bien limitado á una cavidad cráneo-facial al parecer insignificante, es empero extenso, complejo y de trascendencia inmensa en el campo de la Patología. Las fosas nasales, en efecto, consideradas hasta poco há, como simples tubos respiratorios y entrada natural de las emanaciones que dispiertan reacción fisiológica sobre el 1^{er} par de nervios craneales, dando fé de que existe un sentido denominado del olfato; son además, asiento de las más interesantes y variadas afecciones y trastornos entre los cuales siempre llamaron mi atención los que con el nombre vago de reflejos han señalado una série de fenómenos de naturaleza nerviosa y de génesis positivamente nasal.

De estos Reflejos de origen nasal pretendo ocuparme en la presente tesis. Su estudio, no es nuevo sin embargo. Algunos médicos vislumbraron

- 3 -

el hecho y muchos, más adelante lo estudiaron á porfía; pero, que yo sepa, nadie ha empuñado un trabajo de condensación seleccionada y completa; la mayoría publicaron observaciones aisladas, historias clínicas, monografías mancas, que andan dispersas por el mundo científico sin interesar mucho por su misma índole de hechos al parecer raros é infrecuentes.

Nosotros, (cayendo quizás en pecaminosa vanidad perdonable por el fin en que nos inspiramos) creemos haber realizado la tentativa de componer un trabajo en el cual se comprenda todo cuanto se haya hecho y verificado respecto á los reflejos de origen nasal, eliminando á la par, los hechos erróneos y las exageraciones y nebulosidades surgidas en el calor de entusiastas polémicas y precipitaciones de concepto.

De este modo podremos reunir en un solo blog lo que se hallaba en fragmentos y parcelas diseminadas por doquier, añadiendo por nuestra parte algunas observaciones y juicios personales, que quizá puedan ser-

vir de cemento y puntal para sostener toda la masa. ¡ Ojalá que no se derrumbe ésta, (que laborada con buena fé y perseverancia nos parece alta y sólida) al ser juzgada por quienes con su gran saber han de aquilat^{ar} sus escasos méritos !

El plan seguido para el desarrollo del tema, difiere muy poco del que ordinariamente se emplea en el estudio de una enfermedad determinada. Así es que dividiré este trabajo en 11 capítulos. En el 1º y á título de introducción, expondré algunas consideraciones preliminares para encauzar el estudio y señalar la importancia que reviste para el médico el conocimiento de los reflejos nasales; el 2º comprenderá una breve reseña histórica; se ocupará el 3º de los argumentos para establecer una clasificación preparatoria para el estudio de los síntomas ó descripción sintomática de que constará el 4º y al cual daré la extensión requerida; dedicaré el capítulo 5º á la etiología, subdividién-

do las causas en externas ó influyentes y en internas, locales ó determinantes; el capítulo 6º tratará de la interesante cuestión de la patogenia, muy discutida y no aún resuelta del todo; en el 7º se expondrá el diagnóstico bajo los dos aspectos general y diferencial; el 8º estará dedicado al curso, duración y terminaciones de dichos trastornos; tratará el 9º del pronóstico; el capítulo 10º se ocupará del tratamiento en sus aspectos general, profiláctico y local ó etiológico propiamente dicho, enumerándose sus accidentes y resultados; y reservando el último capítulo ú 11º para hacer á grandes rasgos, la síntesis de todo lo expuesto, bajo la forma de conclusiones.

Como se vé no se aparta esta división de los que se efectúan en la mayoría de los procesos que comprende la Patología. Sin embargo, en virtud de que los reflejos de origen nasal no constituyen una sola enfermedad de tipo fijo, sino una série heterogénea de fenómenos en cierto

modo independientes que asienta cada uno en órganos y aparatos diversos y no forman por lo tanto, todos ellos en conjunto, un síndrome clínico definido, nos hemos visto obligados á estudiar separadamente y uno por uno los mencionados trastornos, pues es algo raro que se agrupen todos á la vez. No deben , considerarse, pues, los reflejos nasales como una afección determinada, sino mejor como síntomas de procesos patológicos conocidos ó de lesiones latentes que radican en el aparato de la olfacción, Por esto, en el capítulo dedicado á la sintomatología hacemos una descripción de cada reflejo considerado como uno de tantos fenómenos que acompañan á otros peculiares producidos por una enfermedad nasal.



REFLEJOS DE ORIGEN NASAL.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES.

Los reflejos de origen nasal consisten en una serie variadísima y heterogénea de manifestaciones de naturaleza nerviosa intimamente ligadas con algunas enfermedades de las fosas nasales y con ciertas alteraciones funcionales propias de estas cavidades. Aunque no siempre se observa lesión alguna visible en ellas, los procedimientos exploratorios que expondremos más adelante nos servirán de guía para hallar zonas latentes más ó menos circunscritas que ocupan diversos puntos de la mucosa denominada membrana pituitaria.

Una de las pruebas más eficaces para demostrar la existencia de las

neurosis reflejas de causa nasal, es el hecho notable de que tratando convenientemente las afecciones rínicas originarias, desaparecen aquellos fenómenos nerviosos. Los casos expuestos por los autores, consistentes generalmente en accesos de asma, tos espasmódica, corea, cefalalgia, afonía, hidrorrinorrea, lagrimeo, convulsiones epileptiformes, trastornos psíquicos, etc. dan como hecho cierto la desaparición de dichos reflejos mediante el tratamiento de las afecciones nasales que los mantienen.

Además, los reflejos patológicos de origen nasal, pueden ser reproducidos experimentalmente en los animales. François Franck, en perros, gatos y conejos cuya bóveda nasal había previamente puesto al descubierto, obtuvo por la irritación localizada de la ~~mucosa~~ ^{mucosa} schneideriana inflamada: fenómenos de tos, hidrorrinorrea, estornudos, espasmos glóticos, espasmo bronquial generalizado, reacciones vaso-motoras, etc. etc.

Léjos de mí afirmar que el conocimiento de los trastornos reflejos

que nos ocupan, se haya realizado satisfactoriamente y por completo. Mucho se ha adelantado, mucho se ha observado y escrito, especialmente en lo que se refiere á la parte clínica, y sin embargo quedan todavía algunos puntos por resolver de un modo exacto é indiscutible; sobre todo en lo relativo á la patogenia y á la índole esencial é íntima de los expresados reflejos, se encuentran capítulos, en los cuales muchas hojas se han llenado, restando algunas todavía en blanco, para que investigadores futuros, las escriban y completen.

De todos modos, y ateniéndonos á los estudios verificados últimamente, me creo en el deber de exponer la significación é importancia que el conocimiento de los reflejos de procedencia nasal tienen actualmente para los especialistas, y muy particularmente para el médico general, por ser éste quien con mayor frecuencia puede hallarse ante tales hechos.

En efecto: acude á nuestra consulta un enfermo afecto de asma, tos cefalalgias, ataques epileptiformes ó vértigos, etc. y nosotros no encontramos nada anormal en el pecho, ni en los antecedentes hereditarios, hábitos alcohólicos, etc. y perplejos ante la etiología de dichos trastornos instituímos un tratamiento puramente sintomático; éste resulta ineficaz; ensayamos otra medicación después de nuevas y negativas exploraciones y los resultados son los mismos. ¿En qué estado de ánimo se encuentra entonces el médico? Sencillamente en el de confusión ó de duda, ó de peligroso escepticismo. Quizás, finalmente, se le ocurra, por feliz casualidad, que pueda existir una lesión de las vías respiratorias superiores (naso-farinx, fosas nasales) y sólo entonces con sus conocimientos ó asesorado por el especialista podrá diagnosticar un reflejo derivado de la nariz, que probablemente desaparecerá á favor de un tratamiento local adecuado.

No se crea, por esto, que sean en gran número los individuos que ofrecen manifestaciones reflejas de origen nasal, y al hacer esta declaración quiero deducir de ella ^{que} precisamente por la relativa escasez de casos, es por lo que se halla poco generalizado el conocimiento de aquellos trastornos. De aquí la necesidad de que no pasen desapercibidos y de que se tome nota de ellos para ulteriores enseñanzas.

Sin duda alguna que el rinólogo es quien tiene mayores facilidades y ocasiones para observar los fenómenos á que pueden dar lugar ciertas rinopatías, y por lo tanto si se halla experimentado en esta clase de hechos, no vacilará en establecer una relación de causa á efecto. Otras veces son el médico general, el oftalmólogo, el neurólogo y quizás el ginecólogo quienes al sospechar una causa nasal determinante de los trastornos que inutilmente han intentado vencer, véanse resueltos á aconsejar al paciente que consulte con el rinólogo para que éste dilucide la etio-

logía y establezca el diagnóstico correspondiente. Mas, como no todos los médicos se hallan en aptitud de conocer el origen nasal de determinados fenómenos, muchos de los enfermos que conllevan reflejos derivados de la nariz pasan desapercibidos como á tales, perdiéndose, por lo tanto, interesantes casos, hasta que sea por una recrudesencia de los síntomas nasales, sea por una primera aparición de los mismos, acuden al especialista, en cuyo caso éste reconoce las fosas y patentiza los trastornos sufridos en otros órganos y puede establecer una relación de reflejismo entre éstos y la enfermedad rínica concomitante.

Deben temerse, no obstante, los apasionamientos y las exageraciones. Es necesario evitar, por ejemplo, que el rinólogo se empeñe en tratar sistemáticamente por la vía nasal una simple rinitis aguda ó una espina del tabique asegurando curar ipso facto con ello todo ataque de asma ó de tos. La institución de un diagnóstico exacto es la mejor guía para no

caer en semejantes errores. Del mismo modo debe obrar el médico cuando á consecuencia de descuidos cometidos por el enfermo respecto al plan terapéutico indicado para curar una cefalalgia, unos ataques epilépticos, etc. , sospechare, en vista del efecto nulo de la medicación, un origen nasal de aquel trastorno sensitivo ó de aquella manifestación neurósica; antes que mandar el enfermo al rinólogo, urge en primer ^{lugar} tener plena convicción de la realidad etiológica de dichos trastornos.

Véase, pues, cuanta importancia lleva en sí el conocimiento de los reflejos de origen nasal, tanto para aclarar diagnósticos difíciles ó dudosos, como para plantear el tratamiento más adecuado.



RESÚMEN HISTÓRICO.

§:§:§:§:§:§:§:§:§:§:§

El conocimiento de los trastornos reflejos de origen nasal no es de reciente fecha. Cuando Voltolini (de Breslau) llamó la atención acerca de dichos fenómenos, en 1871, pareció que se le concedía cierta prioridad, porque en su comunicación dió á conocer de un modo bastante completo todo cuanto se refiere al asunto, estudiando las relaciones entre el asma y los pólipos de la pituitaria, observados en dos enfermos en quienes desaparecieron los ataques asmáticos después de la extirpación de aquellas producciones neoplásicas; pero antes que Voltolini, otros autores habían ya señalado las relaciones existentes entre las rinopatías y

algunos trastornos producidos en otros órganos, si bien las observaciones no eran bastante concluyentes y prácticas, citándose tales hechos sólo á título de curiosidad patológica.

Así, pues, puede establecerse una división de la historia de los reflejos de origen nasal en dos periodos: El primero, que podríamos llamar periodo inicial, comprende desde Aristóteles hasta Voltolini: El segundo, ó periodo moderno, abarca desde Voltolini hasta nuestros días.

Periodo inicial. - Hipócrates, Aristóteles, etc. señalaron la hiperemia conjuntival como un reflejo de causa nasal. Galeno y Plinio atribuyeron al estornudo una acción nociva en unos casos y favorable en otros. Celio Aureliano, al hablar de algunas afecciones rínicas, describe un conjunto de síntomas, entre los cuales menciona un trastorno respiratorio, que tiene gran semejanza con el asma reflejo de punto de partida nasal. Avicena comparó el estornudo á una especie de crisis epiléptica,

lo cual expresa la naturaleza nerviosa ó refleja que parecía atribuirle. Poco tiempo después de los anatómicos Willis y Vieussens, (quienes intentaron demostrar las relaciones entre las enfermedades de las fosas nasales y numerosos síntomas observados en otras afecciones) Schneider, Van Helmont y Bruninger dieron á conocer algunos detalles sobre dicha cuestión, especialmente éste último autor al hacer una descripción muy notable de la rinitis vaso-motriz ó catarro de heno (J. N. Mackenzie). -

Durante la primera mitad del siglo XVIII, las observaciones de los autores fueron más detenidas y numerosas. Después de algunos hechos, de escasa importancia, señalados por Baglivi, Gumprecht (1717) y Rega, encontramos un interesante trabajo debido á Wepfer (1728), quien considera la cefalalgia, vértigos, amnesia ligera, tos, asma, epilepsia, etc. como trastornos determinados por las rinopatías. Langhaus (1749), demostrando sus deseos de profundizar algo más respecto á la patogenia de los refle-

jos nasales, señala al simpático (ganglio cervical superior) para explicar la vía ordinaria que recorren dichos reflejos desde la zona nasal hasta otros órganos. En la segunda mitad del siglo XVIII, se nota un período de inactividad podríamos decir, durante el cual parece se hayan relegado al olvido los precedentes estudios, hecho que por cierto, es tan raro como deplorable.

Hemos de llegar al siglo XIX para hallar alguna nueva observación, apareciendo ésta en 1819 con Bostock (de Inglaterra) quien, en una comunicación describe con cierta claridad y conocimientos bastante precisos, determinados reflejos nasales. Poco después Bergson, Bamberger y Dueros dieron á conocer sus observaciones sobre los trastornos respiratorios de procedencia nasal (asma, espasmos). Finalmente, Duplay declara que el asma coincide muchas veces con la existencia de masas polipoideas intranasales (Küttner).

Periodo moderno. - Las observaciones realizadas durante el anterior periodo, á pesar de que en algunas de ellas se pueden apreciar conocimientos muy dignos de loa, no llamaron la atención del mundo médico, ó cuando menos no se dió importancia á las mismas, hasta que Voltolini (1871) en la célebre comunicación ya citada expuso sus interesantes estudios sobre la cuestión. Sin embargo, pocos fueron los autores que dieron crédito al trabajo de Voltolini, pero fué lo bastante para que 11 años después (1882), Hack (de Fribourg) diera á luz, apoyándose en una série de observaciones personales, una interesante memoria, en la que dá amplias explicaciones y numerosos datos muy precisos sobre las neurosis reflejas de origen nasal.

Este trabajo de Hack (1) produjo grandes discusiones entre los rinólogos, haciéndose unos partidarios decididos de dicho autor alemán, en-

(1) Ueber Reflex neurosen und Nasenleiden. - Berlin Klinik Wocheuschrift -
- 1882.

entre ellos Sommerbrodt (1) y declarándose otros, adversarios firmes del mismo (B. Fraenkel, Gottstein y Schreider). Ello dió lugar á que muchos de sus defensores exageraran la cuestión en sumo grado, llegando á encontrar reflejos en la mayoría de las afecciones nasales, hasta el punto de que tocaron los límites de lo ridículo y haciéndose víctimas de esos entusiasmos momentáneos que á menudo y desgraciadamente, se producen en el campo de la patología y de la patogénia cuando un nuevo hecho se añade á la lista de los ya conocidos. Llovieron á discreción las comunicaciones, observaciones é historias clínicas, durante esta época que podríamos llamar de efervescencia sobre los reflejos nasales, hasta que este movimiento de entusiasmo se apaciguó en gran manera con las nuevas observaciones y hechos concluyentes que aportaron los médicos de diversos países, especialmente los más contemporáneos.

(1) Berlin klin. Wochenschrift. (1884 y 1885).

Schmaltz, Hering, Herzog, Sommerbrodt, Schieffer, Moldenhauer, Marshall Hall, Lublinski, Hartmann, Fränkel, Mackenzie, Hienich, Röhrer, Linder, Küttner, Fliess, Schiff, Trautmann, Haug, Masini, Ferreri, Lucchesi, Fioeno, Troussseau, Baratoux, Duplay, Gradenigo, Pick, Jacquin, G. Moure, Lermoyez, Castex, François Franck, Ruault, Longuet, Bayer, Richet, Joal (de Mont-Dôre), Porter, Elsberg, Rumbold, Roe, Pritchard, Sota y Lastra (de Sevilla), Roquer, Botey, y Presta (de Barcelona), Compaired (de Madrid), Pelaez (de Granada), Castañeda (de S. Sebastián), etc. y muchos otros, son los autores que más han contribuido al estudio de los trastornos reflejos de procedencia nasal, llegando á crear, en nuestros días, este interesante capítulo de la patología clínica rino-lógica.

CLASIFICACIÓN

oooooooooooooooooooo

Son tan numerosos y variables los fenómenos de índole refleja nasal que resulta tarea laboriosa y difícil una agrupación taxonómica de los mismos. De ahí la diversidad de las clasificaciones expuestas por algunos autores.

Chiari establece dos grupos: reflejos que se desarrollan en la misma nariz, y reflejos que se presentan en otros órganos situados á mayor ó menor distancia de las fosas nasales. Jurasz los ordena de un modo semejante: 1º Reflejos nasales de punto de partida nasal, pero repercutiendo en órganos distantes; 2º Reflejos de procedencia nasal, obrando ex-

clusivamente sobre la nariz; y 3º Reflejos cuyo sitio de partida es extranasal, pero ejerciendo su acción al nivel de las fosas nasales.

Todas estas clasificaciones, á pesar de ser aceptables en el campo teórico, ofrecen grandes inconvenientes bajo el punto de vista práctico, á causa de la complejidad de fenómenos que imposibilita establecer un orden determinado. Por ejemplo, y siguiendo á Jurasz, incluiríamos en su primera división el asma, la cefalalgia, el lagrimeo, etc. trastornos que, como se vé, presentan inmensas diferencias bajo múltiples conceptos.

Lermoyez ha establecido una agrupación verdaderamente seductora y bastante completa, aunque también incurre en algunos defectos, especialmente aplicándola al terreno clínico. Véase tan notable clasificación :

1º - Según su naturaleza, en: motores, vaso-motores y secretorios y como apéndice una série de trastornos sensitivos y sensoriales cuya

naturaleza refleja y mecanismo de producción son aún discutidos.

2º - Según su punto de origen, en: de origen sensitivo y de origen sensorial; y

3º - Según su punto de terminación en manifestaciones locales y manifestaciones á distancia.

Esta división es indudablemente de carácter teórico también, pues no puede ser útil para una clasificación sintomática á causa de la semejanza de las manifestaciones reflejas que caben dentro de cada grupo.

Nosotros, sin la pretensión de haber resuelto por completo el problema, intentaremos establecer una clasificación fundada en el orden práctico, es decir, agrupando los trastornos reflejos en virtud de sus afinidades clínicas y según el aparato orgánico en donde se desarrollan.

De este modo, los fenómenos reflejos de origen nasal pueden clasificarse:

- 1º - Reflejos, cuyas manifestaciones tienen lugar exclusivamente en el órgano olfatorio { vías respiratorias superiores)
- 2º - Reflejos producidos en las vías laringo-bronquiales.
- 3º - Reflejos que se desarrollan en el aparato digestivo.
- 4º - Reflejos cuya acción se manifiesta en el aparato circulatorio.
- 5º - Reflejos que ejercen alteraciones en el funcionamiento de los aparatos génito-urinarlos.
- 6º Reflejos que se producen en el aparato de la audición
- 7º - Reflejos que tienen lugar en el aparato de la visión.
- 8º - Reflejos, cuyas manifestaciones se ejercen en el sistema nervioso.

Y como apéndice una serie de trastornos reflejos asociados entre sí, y formando parte, según la agrupación, de una afección nasal clínicamente definida (rinitis espasmódica).

DESCRIPCIÓN SINTOMÁTICA.(1)

~~~~~

1º - Atendiéndonos á nuestra clasificación, nos ocuparemos en primer lugar de aquella série de trastornos reflejos que se producen exclusivamente en las fosas nasales. Son estos: el estornudo, la rino-hidrorea, la rubicundez de la piel de la nariz y la obstrucción pasagera de las fosas nasales.

ESTORNUDOS. - Es sabido que en estado fisiológico, cualquier subs-

---

(1) Hemos de advertir que sólo nos ocuparemos en cada grupo, de los reflejos mejor conocidos y que más á menudo se ofrecen á la observación, enumerando solamente los restantes.

tancia capaz de producir una irritación más ó menos intensa de la pituitaria, manifiesta inmediatamente su acción produciendo una expulsión brusca y explosiva de aire por las fosas nasales, junto con cierta cantidad de materia secretoria ó mucus nasal, produciéndose lo que se conoce con el nombre de estornudo. A veces es una serie de ellos los que dá lugar la excitación de aquella membrana. Dicho reflejo comienza por una sensación de cosquilleo y picor intra-nasales, cuya duración varia entre varios segundos á uno, y á veces más, minutos, durante cuyo tiempo y especialmente si el estornudo no se produce de un modo instantáneo, el sujeto se dá cuenta de que vá á estornudar, por lo que, de un modo instintivo, abre la boca con el fin de inspirar la mayor cantidad de aire necesaria para la violenta expiración que vá á producir. De ahí, que muchas veces, y como si se esperara con ansiedad dicho fenómeno, se suceden una serie de respiraciones profundas hasta que por fin se produce el re-

flejo del modo ya indicado. Pero en los casos en que dicho acto se verifica de una manera rápida, instantánea, es una sólo inspiración intensa y brusca la que prepara el estornudo. Es de observar que en la mayoría de veces la vía bucal se halla cerrada durante la producción del estornudo, como si la naturaleza quisiera aprovechar la mayor cantidad posible de aire indispensable para barrer los cuerpos ó secreciones molestas que excitan la pituitaria, pasando por lo tanto toda la columna aérea por la vía nasal. Respecto al tiempo invertido en producirse el reflejo, depende de la intensidad irritativa ó excitadora de la sustancia causal.

(Aunque sea adelantar ideas relativas á la etiología de los reflejos nasales, creo conveniente exponer ahí las causas que más frecuentemente engendran el reflejo motor que estudiamos, teniendo en cuenta su importancia, el punto de vista fisiológico con que lo trato ahora y el carácter de generalidad con que expondré la primera parte del capítulo

correspondiente á las causas de dichos trastornos reflejos.)

La inhalación de polvos vegetales (polen de flores, polvos de ipecacuana, de eléboro, de veratrum, de tabaco, rapé, café verde, etc.), la de pequeños detritus animales (pelós, etc.) y algunas substancias minerales (1) son las que principalmente dan lugar al estornudo. No siempre son substancias pulverulentas las que originan dicho reflejo motor. Un golpe brusco y dado con cierta fuerza sobre el dorso nasal, es causa muchas veces del fenómeno en cuestión, yendo acompañado en ciertas circunstancias de epistaxis, y casi siempre de lagrimeo, reflejo también éste último del que me ocuparé más adelante. Así mismo la introducción en las fosas nasales de cuerpos que, sin ser irritantes, engendran una viva sensación de cosquilleo, es suficiente para que se produzca el estornudo.

-----

(1) El ácido pícrico en polvo, produce en cuantos individuos he tenido ocasión de experimentar, una verdadera crisis de estornudos, con gran picor nasal y sensación de amargor en las fauces.

Así, basta muchas veces, introducir en el vestíbulo nasal un pajuela fina y titilar con ella las superficies de aquel para que dé lugar al mismo efecto. En estos casos no se trata de un mero contacto físico sino de una titileación ó cosquilleo vibratorio. El simple contacto físico ó mecánico de un cuerpo introducido bruscamente en el vestíbulo, no basta para determinar el estornudo, á no ser que llegue á tocar el cornete medio. Durante mis estudios me extrañó sobremanera el observar en la clínica de mi padre (Dr. Suné y Molist) que las manipulaciones de cateterismo de la trompa de Eustaquio no produjeran estornudos en el momento de entrar el cateter en la fosa nasal. Mi padre me aseguró que en más de 40.000 cateterismos que ha practicado, sólo había visto estornudar á dos pacientes; atribuyendo esta inocuidad al contacto del cateter que por ser de plata y por ende más frío que la mucosa produce una pequeña anestesia local que anula toda excitación sobre la membrana. Pero en la clínica del Dr. Botey y en otras que he asistido, en las que se usan ca-



teteres de caucho, menos fríos que el metal, tampoco he visto que se provocaran estornudos. Por consiguiente, creo que no está en el contacto anestésico del metal la anulación del reflejo, sino en el sitio que recorre la sonda para llegar al meato de la trompa; en efecto, en todo cateterismo bien practicado el instrumento sólo roza el suelo de las fosas y el cornete inferior; y veremos luego que las zonas más sensibles para los reflejos radican con preferencia en el cornete medio.

Otra de las causas más vulgarmente conocidas es la acción de los rayos solares sobre la cabeza descubierta, especialmente cuando se pasa bruscamente del lugar ocupado por la penumbra al iluminado directamente por el sol. Mas la observación no es del todo exacta. En primer lugar el sol dá en la cara y en la cabeza á la par; pero es principalmente en aquella donde contribuye á producir el estornudo. En efecto; hágase la prueba: si pasamos sin descubrirnos al sitio ocupado por los rayos solares, puede no suceder nada; pero si levantamos la cabeza de modo que

nos dé de lleno el sol en la faz entonces se producirá el reflejo de que tratamos. Estudiando de cerca el fenómeno observaremos que son tres los modos de originarse. En primer lugar el cambio brusco de temperatura, implique una dilatación momentánea de los capilares cutáneos que riegan los territorios nasales por excitación de los vasos-dilatadores, la cual transmitida á los filates secretorios actúa, dando lugar á la expulsión del contenido de las glándulas mucíparas de la membrana de Schneider; de aquí cierto cosquilleo, muchas veces poco apreciable, pero que es suficiente para que el estornudo se produzca. En segundo lugar, debe buscarse la causa en el aire atmosférico cuya corriente se dirige á menudo en sentido horizontal; cuando la cabeza se echa hacia atrás, las corrientes llegan más directamente á la mucosa nasal y especialmente á su región más sensible que es la cabeza del cornete medio (1). Por último al-

---

(1)-P. J. Mink (de Deventer). Le nez comme voie respiratoire. - La Presse Oto-laryng.belge - 1903 nº 9.

gunos autores afirman que la acción de la luz contribuye así mismo en la producción del reflejo.

En el campo de la patología nasal, los estornudos se presentan muchas veces con carácter incoercible: son violentos, explosivos, sucediéndose á intervalos muy próximos, á veces en número de 10, 20, 30, 50 y hasta 100 casi continuos, en forma de verdaderos espasmos estornutatorios causando en algunos casos por su intensidad, vivos dolores abdominales, lumbares, esternales, escapulares, diafragmáticos etc. En un caso de rinitis crónica con gran hipertrofia de los cornetes y abundante rino<sup>r</sup>rea, observado por mí, era tanto la hiperexcitabilidad cutánea nasal del paciente, que bastaba contactar la piel del dorso de la nariz mediante un cuerpo frío (un metal, la mano fría) para que se sucedieran inmediatamente una serie de estornudos que en muchas ocasiones llegaban á ciento, y á veces más, acompañados de opresión retro-esternal y cefalalgia.

Los traumatismos al nivel de la región occipital han sido causa en alguna ocasión, del desarrollo de crisis de estornudeo, especialmente cuando aquellos van acompañados de una lesión intra-nasal más ó menos intensa y una exaltación del sistema nervioso. Esto es lo que parece demostrar el caso de C. Chaveau (1) relativo á una joven de 21 años, con estigmas histéricos y ligera hipertrofia de los cornetes nasales, á la cual sobrevinieron terribles crisis compuestas de numerosos y repetidos estornudos acompañadas de dolores irradiantes en la nuca y espalda, después de una caída en la que recibió un fuerte traumatismo en la región occipito-cervical posterior. Dos cauterizaciones de la mucosa de los cornetes fueron seguidas de la disminución de aquel reflejo, hasta desaparecer del todo al cabo de algunos días.

---

(1) Archives Internationales de Laryngol, Otol. et de Rhinol. -- Juillet-Aôut - 1904.

Se trata,pués, de uno de los más característicos aunque vulgares reflejos. Se presenta ordinariamente en determinadas afecciones de las cavidades nasales: en la rinitis espasmódica, rinitis aguda, hidrorrea nasal; rinitis crónica ó hipertrófica; rinitis leprosa, rinolitos; en un gran número de tumores, especialmente los pólipos ó mixomas; en los casos de parásitos de las fosas nasales y en los de cuerpos extraños introducidos en la nariz.

RINO-HIDRORREA. - Uno de los reflejos nasales que tienen su asiento en el mismo órgano y presentan los caracteres de una hipersecreción, es la rinorrea, ó mejor dicho, la hidro-rinorrea. Consiste esta afección en la secreción de un líquido acuoso que fluye por las fosas nasales, ya de un modo continuo ya de un modo intermitente desapareciendo á intervalos irregulares, y sin periodicidad determinada. En tres casos observados por mí, la rinorrea nasal ofrecía una continuidad tan persisten

te que causaba verdadero malestar general. En estas observaciones, se trataba de enormes hipertrofías de los cornetes, las que daban lugar, también por acción refleja, á crisis de estornudos de extraordinaria frecuencia. En uno de estos sujetos, médico residente en Barcelona, la hidro-rinorrea era causa de repetidas incongruencias; mi colega se veía obligado á no soltar el pañuelo de la mano, hallándose en un verdadero compromiso cuando había de practicar alguna operación quirúrgica, ó alguna observación en que intervinieran los dedos. También se observa el coryza vaso-motor, ó rinorrea, en individuos que no ofrecen lesión alguna nasal apreciable (trastorno vaso-motor secretorio simplemente), lo que ha hecho afirmar á algunos autores, que se trata de una afección de tipo determinado y no de un síntoma nasal ó de una localización en otros órganos, (Castex, Jankelevitch y otros). Haranchipy en su tesis de París (Diciembre. 1900) concluye que existen dos clases de hidro-rinorreas: la

sintomática y la esencial ó verdadera. Por mi parte, opino que la hidro-  
rrea nasal pura ó idiopática es dudosa, y actualmente precisa admitir  
dicha alteración secretoria como síntoma reflejo de numerosas afeccio-  
nes y estados patológicos diversos, como: rinitis espasmódica, hipertro-  
fías de los cornetes nasales, pólipos de la pituitaria, etc.

**RUBICUNDEZ CUTANEA NASAL Y PERI-NASAL.** - Se trata de un reflejo va-  
so-motor muy característico. Como el anterior, se presenta de un modo in-  
termitente y sin periodicidad determinada; la piel que recubre la nariz  
se enrojece, y el sujeto experimenta una sensación de calor local, como  
si la sangre acudiera exagerando el riego cutáneo; sobreviene una dila-  
tación capilar, más ó menos brusca, en dicha región, y la rubefacción se  
extiende también á las mejillas con los mismos caracteres. Algunas veces  
el fenómeno puede ir acompañado de edema sub-cutáneo y simular una eri-  
sipela.

Este trastorno reflejo se produce generalmente en el curso de la afección nasal denominada: rinitis hipertrófica. El punto de partida es una excitación de los nervios sensitivos intra-nasales, la cual da lugar á reflejismos sobre los vaso-motores de la nariz ó de otros órganos vecinos. Hallándose constituida la enfermedad nasal mencionada por la tumefacción de la mucosa de los cornetes (ingurgitación del tejido erectil y proliferación de los elementos histológicos) y siendo ya de suyo fácilmente excitable la mucosa en esta afección, se comprende que una excitación cualquiera de la misma (atmósfera pulverulenta; corriente brusca de aire; el acto de sonarse, etc.) dé lugar á esta especie de rubor anatómo-patológico. Debe añadirse, además, otro hecho que observé en mí mismo, cuando hace 3 años, estuve afecto de una rinitis moderadamente hipertrófica. Al pasar del aire frío á una habitación caldeada, experimentaba una sensación como de llamaradas de calor al nivel de la pirámide nasal, comprobando al propio tiempo una rubefacción cutánea y ligero aumento de



los tegumentos de la nariz. Dicha reacción refleja se producía con mayor intensidad cuando á causa de un resfriado se agudizaba mi lesión rínica. Otras veces iba acompañada de estornudos, mayor grado de obstrucción nasal y aumento de la secreción de las glándulas mucíparas de la membrana schneideriana. Un tratamiento adecuado fué seguido de la desaparición de todos estos reflejos, quedando por algún tiempo una ligera tumefacción que fué causa, otras veces, de idénticos reflejos pero ya muy atenuados.

**OBSTRUCCION PASAJERA DE LA NARIZ:** - Este trastorno se ofrece con carácter intermitente y bajo la acción de pequeñas causas. Lo presentan generalmente los sujetos afectados de rinitis ligeramente hipertróficas y durante los corizas agudo ó crónico. El fenómeno consiste en una ectasia de los vasos de la pituitaria, debida á una excitación de los nervios sensitivos de la nariz que se refleja sobre los vaso-motores de la mis-

ma (acción del aire caliente, aire frío, atmósfera pulverulenta, polvillo de libros viejos (1) . El resultado es una tumefacción del tejido eréctil de la mucosa. Después y lentamente se vá retirando el líquido sanguíneo, hasta recobrar las fosas nasales su amplitud relativamente normal.

En apoyo de lo que acabo de exponer, merece citarse el hecho de que, en muchas ocasiones, un resfriado ó un coriza simple empieza por una série de estornudos, el primero de los cuales dá lugar inmediatamente, á un grado de obstrucción nasal apreciable. Un momento antes, el paciente apenas se dá cuenta de un creciente aumento de volúmen de su pituitaria (por excitación de los nervios sensitivos nasales, debida á una corriente de aire, por ejemplo), hasta que sobreviene el estornudo en cuyo caso y al sonarse, observa una repentina dificultad para el paso de la co-

---

(1) Coriza de los archiveros, bibliotecarios y amateurs de libros apollillados.

lumna aérea. Aunque parcialmente, se hallan obstruidas sus fosas nasales; mas, luego, en virtud de diversas circunstancias (habitación bien calentada y sin corrientes de aire) desaparece paulatinamente dicha obstrucción para reaparecer más tarde. Este reflejo acompaña casi siempre al anteriormente descrito (rubefacción de la piel de la nariz) y no es difícil que así suceda y se explique por análogo mecanismo.

Un curioso hecho he de citar aquí relacionado con lo que acabo de consignar. Me refiero al equilibrio que se establece entre ambas fosas nasales, cuando se ingurgita el tejido eréctil de la mucosa de la nariz, afecta ó no de catarro nasal, constituyéndose la denominada rinitis vasomotora ó rinitis de báscula y también congestión alternante de los cornetes (Botey). La trama cavernosa de la pituitaria experimenta una replección sanguínea ocasionando una obstrucción más ó menos completa de las fosas, pero predominando en una de ellas, de modo que el aire penetra fácilmente por su adlátere y no puede circular por la obstruida; mas,

al cabo de algunas horas sucede todo lo contrario; la fosa nasal que ofrecía obstáculo al paso de la columna aérea queda libre y en cambio la obstrucción invade ahora la que no presentaba este fenómeno. Y así vá alternando sucesivamente en ambas cavidades olfatorias la tumefacción del tejido eréctil de su mucosa. El paciente observa dificultad de respirar bien por la nariz, notando también las alternativas de obstrucción nasal y constituyendo un síntoma muy desagradable. El exámen rinoscópico confirma estas congestiones, puesto que veremos hoy una tumefacción del cornete derecho que ayer no existía, poseyéndola en cambio su congénere del lado opuesto; á veces observaremos un día ambas conchas ingurgitadas y al día siguiente no hallaremos nada anormal. Se trata pues, de un reflejo vaso-motor que se traduce por esta especie de balanceo que existe entre ambas fosas nasales cuando se dilatan los vasos de la pituitaria en virtud de un fenómeno fisiológico ó anatomo-patológico.

Aunque no idéntico, Hack, dió á conocer un hecho parecido. En los

casos de tumefacción unilateral, observó después de la desaparición de ésta mediante los procedimientos quirúrgicos, que dicho estado inflamatorio se reproducía en el lado opuesto al de la lesión, siendo un nuevo centro de accidentes reflejos.

Hemos hablado hasta aquí de la obstrucción pasajera de las cavidades olfatorias, y hemos dicho también que al mencionado fenómeno sucedía un retorno al estado normal, en los intervalos de aparición de aquel; mas, creo que no será inoportuno mencionar un hecho inverso que he observado, referente á las acciones reflejas que se traducen por una retracción vascular de la pituitaria. Es el siguiente: en muchos enfermos de tubitis que en la clínica de mi padre se han de sondear á diario (1) me ha hecho observar éste que, cuando al introducir la sonda se encuentra algo tumefacto el cornete inferior, hasta el punto de dificultar el paso del pico del instrumento, si entonces se inyecta aire con la pera de Politzer,

(1) La observación recaía en sujetos afectados de ligera tumefacción de la mucosa de Schneider.

de modo que el soplo al salir del cateter caiga sobre la superficie de la membrana tumefacta, al instante se puede empujar con facilidad el instrumento hasta el cavum naso-faríngeo.

La excitación, en estos casos, se verifica al nivel de los vaso-constrictores (por la acción del frío local), retrayéndose los capilares dilatados de la mucosa, originando el adelgazamiento momentáneo de ésta y, por consiguiente, dejando mayor espacio para el paso del cateter.

2º - Los fenómenos reflejos más importantes de este grupo son: la afonía, la tos y el asma.

AFONIA. - Puede presentarse bajo la forma espasmódica ó sin ella. La primera depende de una aproximación brusca de las cuerdas vocales, dando lugar á dificultad para la emisión de la voz, llegando algunas veces á la afonía completa. Se produce generalmente, á causa de esfuerzos exagerados de la voz, (artistas dramáticos, cantantes, oradores, vendedores ambulantes,

tes, etc. ). Pero existen casos muy bien observados en los cuales el origen del expresado trastorno radica en las fosas nasales, de un modo especial en los casos de pólipos mucosos y en la rinitis crónica hipertrófica. El paciente experimenta una sensación de <sup>S</sup>contricción dolorosa en la garganta y se halla imposibilitado para hablar durante la crisis. En algunos casos el exámen laringoscópico muestra un entrecruzamiento de los cartílagos aritenoides, y ligera hiperemia de las cuerdas.

No es raro que dicho trastorno respiratorio-fonético vaya acompañado de lagrimeo, estornudos, secreción nasal y accesos asmáticos, especialmente cuando se provoca una excitación al nivel de la lesión rínica; cuya série de reflejos que no ofrecen dudas sobre su procedencia, indican, aparte lastaras nerviosas, histéricas ó pseudo-histéricas del enfermo, un origen nasal de la afonía. Prueba de ello es la desaparición de esta alteración laríngea, después de extirpados los pólipos nasales ó de haber

devuelto su estado normal á la mucosa hipertrofiada, mediante un tratamiento adecuado.

En cuanto á la afonía simple, que tiene algunos caracteres análogos á los de la anterior, ofrece la particularidad de no ir acompañada de alteración laringea alguna, ni anatómica, ni fisiológica, ni patológica. El médico, en estas circunstancias no sospechando una lesión de la nariz, diagnostica afonía nerviosa, y sin embargo existe una causa en dicho órgano, sea una hipertrofia de los cornetes, sean masas poliposas, las cuales convenientemente tratadas darán lugar á la curación de aquel trastorno del aparato de la fonación.

Debe mencionarse asimismo, en este grupo el laringismo inhibitorio, de origen reflejo nasal, que se presenta comunmente por accesos periódicos acompañados de cosquilleo gutural, tos y algún estornudo, con pérdida de conocimiento. Se desarrolla principalmente en sujetos afectos de hipertrofías de la cola de los cornetes nasales; pero ocurre con preferencia



en individuos que llevan estigmas neuropáticos. (1)

Se han descrito también casos de congestiones laringeas reflejas debidas á una tumefacción exagerada del tejido eréctil nasal (2), pudiendo del mismo modo ser provocadas por galvano-cauterizaciones, irrigaciones, roce de un cuerpo extraño, etc. en el interior de la nariz.

Finalmente se citan observaciones de parálisis parciales de los músculos laringeos, y laringo-espasmos intensos atribuidos á causas nasales (3); pero sólo deben reputarse como exageraciones en la apreciación de hechos clínicos.

TOS. - Es tambien un fenómeno reflejo, cuyo punto de partida se en-

(1) Botey - Archivos latinos de Rinología, Laringología y Otología = Marzo-Abril 1899 = N° 98 - Pag. 70. - (Barcelona).

(2) Joal (de Mont-Dôre) - Revue Hebdomadaire de Laryng. - Otol. etc. 1896 (n° 15)

(3) Hering (de Varsovia) - Des nevroses reflexes déterminées par les affections nasales = 1886.

se encuentra generalmente en la región donde se distribuye el nervio laríngeo superior, pero puede hallarse así mismo en otros sitios, ya del árbol respiratorio, ya de otros órganos distantes. Las mucosas traqueal y bronquial, el conducto auditivo externo (por los filetes que recibe del ramo auricular del pneumogéstrico), base de la lengua (filete del laríngeo superior), pared superior de la faringe, velo del paladar, mucosa nasal y nasofaríngea, etc. etc. son otros tantos puntos de origen de la tos. Existen además varios estados patológicos que sin estar directamente relacionados con el aparato respiratorio especialmente en sus elementos aéreos, engendran crisis de tos: la inflamación de la pleura, la erupción dentaria (tos dentaria); la excitación de las terminaciones del nervio vago en la mucosa del estómago de los tísicos (Peter) etc. etc. (Hallopeau).

Cuando la causa de dicho fenómeno radica en las fosas nasales, empieza por una mera sensación de cosquilleo que el paciente localiza en la laringe; es comunmente seca, ruidosa, metálica, á veces paroxística. No

hay expectoración, ni va precedida, en general, de inspiraciones profundas. Estas crisis pueden durar horas enteras, provocando una congestión laríngea que podría creerse erróneamente como la causa próxima del fenómeno. En algunos casos acompañan á dichos ataques, otros de sofocación y opresión torácica que á veces terminan por la caída brusca en el suelo y con pérdida de conocimiento del enfermo. (1). No es tampoco raro ver coincidir el fenómeno con crisis de estornudos.

En varios de los enfermos á quienes he debido sondar la trompa de Eustaquio, me ha sucedido muchas veces que, al introducir el cateter por la fosa nasal no se produce fenómeno alguno hasta que al llegar el pico de aquel al nivel del extremo posterior del cornete inferior y en el momento de trazar con el mismo el segmento de círculo necesario para que se

-----

(1) Caso observado por el Dr. Botey (de Barcelona) en una enferma afectada de hipertrofia papilomatosa de los extremos inferiores de los cornetes posterior y medio. (Archiv. lat. de Rin-Ot-Laring- Año X - n.º. 99, 100, pna. 135).

introduzca en la posita tubárica, sobreviene tos que no cede mientras no se varia el instrumento de su posición. Es que se trataba de enfermos que a causa de anómala configuración intra-nasal, <sup>se desvía la sonda poniéndose en contacto</sup> con el extremo del cornete inferior. En ciertas personas, es un punto éste muy sensible á la menor excitación, pues dá lugar inmediatamente el reflejo que estudiamos. Es un hecho que he podido comprobar mediante la excitación de dicha región con un estilete curvo introducido por la boca auxiliado por la rinoscopia posterior. El resultado siempre fué el mismo: la producción de tos seca y pasajera, pero molesta y á veces acompañada de sensaciones semi-nauseosas. Mackenzie y Cartaz han observado, por su parte, fenómenos idénticos, al introducir un instrumento cualquiera en las fosas nasales.

La tos de origen nasal va acompañada muchas veces de otros reflejos como estornudos y rino-hidrorrea, los cuales son una prueba de la procedencia rínica de aquel trastorno, exceptuando los raros casos en que di-

chos síntomas concomitantes sean independientes del reflejo nasal llamado tos.

Las enfermedades que más comunmente dan lugar á accesos de tos refleja, son los pólipos de la pituitaria(1) y la rinitis hipertrófica difusa. Por mi parte he tenido ocasión de observar dos casos de tos nasal producida por un espolón del tabique que se hundía como una cuña en el espesor del cornete inferior en uno de ellos, y por una fuerte sinequia de este último órgano con el septum nasal en el segundo. Después de la intervención quirúrgica practicada en ambos casos, desapareció dicho reflejo.

ASMA. - Es uno de los reflejos nasales más interesantes y que se presentan con mayor frecuencia.

Por lo común presenta los caracteres del asma esencial, mas por poco

(1) En estos casos, se observa que la tos se presenta de ordinario con mayor intensidad durante la noche (decúbito horizontal) en virtud del cambio de posición de las producciones poliposas que irritan entonces la zona túsígena de la pituitaria, según la opinión de J. N. Mackenzie.

que nos fijemos, observaremos cierta diferencia con aquel en lo que se refiere al modo de comenzar el acceso. En efecto, el asma reflejo nasal principia por cosquilleo intra-nasal y estornudos, todo ello acompañado de dificultad respiratoria por la vía nasal, á veces de rino-hidrorrea, lo cual nos conduce á creer que el origen primario de dicho síndrome se halla en las cavidades olfatorias. Mas, en lo restante, la semejanza con el asma ordinario se halla bien manifiesta. Los ataques nocturnos, con expectoración espumosa deben también citarse entre los fenómenos asmáticos de causa rínica. En ciertos enfermos afectos de asma, las crisis de disnea pueden ser reemplazadas por accesos de estornudos lo que nos indica una transposición de reflejos y por tanto un origen nasal de dicho trastorno respiratorio. En los casos de crisis paroxísticas, estos espasmos bronquiales son transitorios, pero se hacen persistentes cuando el individuo sufre desde largo tiempo una disnea que aumenta durante la noche,

yendo acompañada de crugidos, estertores sibilantes en la auscultación que desaparecen después de una galvano-cauterización de la mucosa nasal. (Moritz-Schmidt).

Como ya hemos dicho antes, é Voltolini, cúpole ser el primero que dió á conocer el importante papel que algunas enfermedades nasales (pólipos) juegan en la producción de los accesos asmáticos.

En 47 casos de asma, Schech ha encontrado 30 con lesiones nasales apreciables de un modo manifiesto, de los cuales la mayoría curaron de dicho trastorno respiratorio después del tratamiento de la afección ó anomalía nasal. Hach, Schoeffer, Heymann, Lublinski y Chiari citan así mismo estadísticas interesantes que dán á conocer la relación existente entre las afecciones nasales y el asma. Recientemente Francis (1) ha obtenido 31 curaciones de asma de origen reflejo nasal en bas enfermos afectados de este trastorno respiratorio.

---

(1) The Clinical Journal = 20 Febrero 1904.

Véase pues cuanta importancia lleva en sí el conocimiento de este re flejo. No quiere decir esto que todo individuo asmático tengo de ofrecer precisamente una enfermedad de las cavidades nasales, pero si es preciso hacer constar que en los pacientes de esta clase, aunque los fenómenos disnéicos no ofrezcan duda alguna en lo que se refiere á afecciones propias de su aparato respiratorio, debe practicarse siempre, un exámen detenido de las fosas nasales, pues no será raro encontrar una lesión de dichas cavidades, que siendo el origen primitivo de la alteración respiratoria, pueda explicarnos ésta.

Tampoco me atreveré á afirmar de un modo absoluto que un tratamiento ríni-co correspondiente en un individuo con accesos de asma nasal, ocasione siempre la desaparición completa de éstos. Al ocuparme de la terapéutica tendré ocasión de tratar esta importante cuestión.

Respecto á las afecciones nasales que con mayor frecuencia originan



accesos de asma reflejo, son las hipertrofías considerables de los cornetes, la rinitis espasmódica (forma asmática), los pólipos de la pituitaria, las deformaciones del tabique (crestas, espolones, sinequias) las vegetaciones adenoides y, de un modo general, los estados inflamatorios que se traducen por una obstrucción nasal más ó menos completa.

3º - Se incluyen en este grupo algunos desórdenes de ciertas partes del aparato digestivo, entre los cuales merecen citarse la sialorrea, la disfagia, el esofagismo y los vómitos.

Respecto de la primera, aunque rara, se presenta con caracter intermitente y coincide con estados irritativos de la mucosa nasal y se observa especialmente en los niños afectos de vegetaciones adenoideas del cavum naso-faríngeo y en la rinitis hipertrófica (E. Fraenkel, Schech). Las sensaciones olorosas de naturaleza ácida (ácido cítrico, ácido acético) engendran asimismo la secreción exagerada de las glándulas saliva-

res (reflejo sensorial). No me es posible extenderme sobre este asunto, pues debido á la rareza de casos, no he tenido ocasión de observar ninguno de ellos, y por lo tanto no intento aventurarme para formar una opinión,

En cuanto á la disfagia refleja nasal, aunque también rara, ofrece los caracteres de un espasmo faringo-esofágico, con dificultad ó absoluta imposibilidad de tragar sólidos y líquidos y sensación de constricción de la garganta acompañada de ansiedad respiratoria y malestar indefinible. Los individuos que presentan dicho trastorno son de temperamento nervioso y muy impresionables. La lesión nasal consiste comunmente en obstrucciones nasales producidas por hipertrofias de los cornetes y pólipos mucosos. En el caso de Botey (1) la extirpación de las masas neoplásicas y

-----

(1) Archivos latinos de Rinología, Laring. etc. = Barcelona = Enero - Febrero de 1900. = Nº 103 - Pag. 22.

la cauterización de las conchas, dió lugar á la desaparición del trastorno funcional.

Según Joal (1) ciertos olores penetrantes dan lugar á náuseas, vómitos y diarreas, no por su acción farmacológica sino por haber producido antes verdaderos trastornos vaso-motores de la pituitaria (estornudos, obstrucción, rinorrea); lo cual es muy probable si recordamos que las excitaciones nasales llegan á la región cerebro-espinal por mediación del trigémino y teniendo en cuenta que la raíz inferior de éste alcanza el bulbo, en donde existe el centro de inervación que preside al vómito, según Lander Brunton.

Del mismo modo, algunos olores son susceptibles de provocar diarrea; la impresión refleja partiendo de los filetes terminales del olfatorio llega, por intermedio del 5º par, á la región bulbar desde donde la transmite á las glándulas intestinales.

(1) Odeurs et troubles digestifs (Rev. Hebdom. de Laryng. = 2 Mai = 1908 = Paris).

4º - TRASTORNOS REFLEJOS DEL APARATO CIRCULATORIO. - Las alteraciones del corazón y del pulso consecutivas á excitaciones producidas en la mucosa nasal, se presentan en diversas formas. En los enfermos de temperamento nervioso, de gran sensibilidad física y moral, la irritación de la pituitaria es susceptible de engendrar en los mismos una parada brusca de los movimientos cardíacos. Irritando la mucosa nasal de los sujetos sanos ó la de los afectos de rinitis hipertrófica y observando el pulso con el esfigmógrafo, se percibe al instante un aumento ó aceleración de las pulsaciones. En un caso que tuve ocasión de experimentar, en el cual se trataba de una hipertrofia considerable de los cornetes inferior y medio izquierdos, bastaba tocar y frotar con el estilete cualquier punto de la pituitaria inflamada para que sobrevinieran al instante accesos asmáticos y una aceleración rápida de las pulsaciones que llegaban muchas veces á 120 por minuto. Es de advertir que prescindía por completo del

fenómeno psíquico que tan á menudo se presenta en los individuos á quienes se practica alguna experiencia, esto es: la emoción, la cual influye en el aumento de las contracciones cardiacas. Así es que no di importancia al fenómeno hasta el cabo de algunas sesiones experimentales durante las cuales el enfermo se iba acostumbrando, por decirlo así, á dicha experiencia. Mas, para cerciorarme mejor del fenómeno reflejo producido, practiqué la contraprueba, es decir; embadurné con solución de cocaína al 10 % la mucosa nasal hipertrofiada y no sobrevino aceleración ni alteración alguna del ritmo cardio-vascular cuando excité dicha membrana con el estilete, descontando, por supuesto, el ligero aumento de pulsaciones producido por la cocaína.

Guder ha experimentado en los animales (gato, perro, conejo) y ha observado que el frotamiento de los cornetes produce una lentitud considerable, pero pasajera, de las contracciones cardiacas. François Frank obtuvo

asimismo un retardo progresivo de los movimientos del corazón. Brown - Séquard demostró que la irritación sobre las terminaciones del nervio trigémino es capaz de suspender los movimientos del corazón y del pulso, y el mismo resultado obtuvo con la inmersión repentina de la nariz en agua fría.

En cuanto á las observaciones de pseudo-angina de pecho (Gradenigo), cardialgia y palpitaciones ( Spencer - Watson) atribuidas á un origen nasal, no son lo suficientemente claras para darles un valor positivo desde el punto de vista clínico en que nos hemos colocado.

5º - Comprende este grupo los trastornos al nivel de la esfera genital y algunos correspondiente á las vías urinarias. Respecto de los primeros, es innegable la existencia de cierta relación entre la mucosa nasal y el aparato generador, especialmente el femenino. Actualmente ya nadie la desconoce. Dicha relación no solo es de naturaleza vascular, sino tam-

bién nerviosa, produciéndose al nivel de aquellos órganos pelvianos una série de trastornos de diversa índole, cuyo origen primitivo se halla en las fosas nasales, en las cuales se encuentra muchas veces una lesión ó zona más ó menos circunscrita capaz de explicarnos el fenómeno producido á distancia, que habremos de reputar como un reflejo de procedencia rínica.

Se ha observado también que ciertas enfermedades de la zona genital, ciertas alteraciones funcionales (amenorrea, dismenorrea, etc.) tienen su influencia sobre las fosas nasales, engendrando en éstas y demás partes circumvecinas diversos fenómenos y trastornos anatomo-patológicos, entre ellos la inurgitación del tejido eréctil de la pituitaria, epistaxis vicarias, rinohidrorreas, etc. Aunque este orden de fenómenos parece á primera vista extraño á los que son objeto de esta tésis, puesto que aquí el origen de los mismos radica en los órganos sexuales, sin embargo, tenien-

to en cuenta que los síntomas nasales á que dan lugar pueden considerarse como puntos de partida de otros reflejos, es muy explicable que se incluyan también entre aquellos.

Así pues, dividiré este punto en dos partes:

- 1.<sup>o</sup> - Reflejos genitales cuyo origen se halla en las fosas nasales.
- 2.<sup>o</sup> - Reflejos nasales cuya causa se halla en el aparato genital.

Entre los trastornos genitales mejor observados y pertenecientes al 1.<sup>er</sup> grupo, deben citarse la dismenorrea, la amenorrea, la metrorragia y las metritis en general. Los hechos los han evidenciado, en virtud de los tratamientos de las lesiones nasales, que han producido resultados sorprendentes respecto de la desaparición de las alteraciones útero-ováricas. Los ensayos se han verificado mediante la anestesia cocaínica de determinadas zonas de la pituitaria demostradas por Fliess (cabeza del cornete inferior y tubérculo del tabique) y á las cuales ha denominado



este autor zonas genitales de la mucosa nasal. Insensibilizando por medio de la cocaína dichos puntos en las mujeres afectas de dismenorrea, se ha comprobado la desaparición de los dolores á que dá lugar este trastorno, hecho que han repetido Sauter y Linder en 30 mujeres que padecían endometritis, parametritis y anexitis, y en la mayoría de las cuales observaron satisfactorios efectos. A pesar de estos resultados, y no satisfecho del todo todavía, Linder emprendió nuevas experiencias en enfermas afectas de estigmas nerviosos, que sufrían intensas crisis dismenorreicas que persistían mientras duraba el periodo menstrual. Valiéndose de una solución de clorhidrato de cocaína al 10 ó 20 por 100 embadurnó con ella las zonas genitales de Fliess; las enfermas fueron en número de 16 y de éstas, 10 experimentaron una notable mejoría á las pocas sesiones. Sustituyó más tarde aquel alcaloide por el agua destilada y los resultados fueron los mismos. A pesar de su desilusión y de la duda sufrida, no por

ello Linder retrocedió. Quiso comprobar de cerca el fenómeno que se producía en los órganos genitales cuando se provoca una excitación al nivel de las zonas de Fliess; aprovechando para ello los momentos de practicar varias laparatomías, excitó la pituitaria y observó la producción de manchas hiperémicas en la superficie del útero, plegándose éste órgano sobre el peritoneo, al propio tiempo que experimentaba un cierto grado de contracción.

Recientemente Malherbe ha podido comprobar las relaciones reflejas entre las dos zonas genital y nasal en el hombre, muy especialmente en los casos de astenia genital acompañada de depresión intelectual y pesadez de la cabeza. Como medio terapéutico háse valido de corrientes eléctricas de cuatro á cinco milliampères aplicando el electrodo negativo en determinados puntos de la pituitaria y el positivo en diversos sitios de la superficie cutánea (región lateral del cuello, nuca). La excitación

provocada en la nariz dá por resultados la aparición de la aptitud genésica.

Estos hechos demuestran la influencia que existe entre los órganos generadores y el aparato de la olfacción, y por lo tanto, la realidad de fenómenos de naturaleza refleja engendrados por un estado hipoestésico de los filletes nerviosos intra-nasales y quizás por una disminución de la actividad eréctigena del tejido cavernoso de los cornetes nasales, la cual sería simultánea con la de los cuerpos cavernosos del pene, en virtud del mecanismo fisiológico referente al funcionamiento común de todos los tejidos eréctiles del organismo, tan sabiamente expuesto por el Dr. Pelaez. Al ocuparme de la patogenia volveré sobre este asunto.

Respecto á los reflejos nasales cuya causa se halla en los órganos sexuales, debe mencionarse la ingurgitación del tegido eréctil de la membrana de Schneider durante las épocas menstruales, la cual desaparece

cuando cesa el flujo catamenial. M. Mackenzie ha observado que en las mujeres con afecciones nasales, se agravaban éstas durante la menstruación<sup>n</sup> y después de excitaciones sexuales. El coito inmoderado produce en ciertos individuos efectos de catarros nasales simples, una exageración de los síntomas de éstos; se ha visto también producirse corizas después de practicar dicho acto. La masturbación puede conducir muchas veces, al cabo de cierto tiempo, á un derrame purulento de la nariz y una perversión del sentido del olfato (Mackenzie);

De un modo general, vemos pues que el fenómeno nasal que más comúnmente se produce, consiste en la ingurgitación del tejido eréctil que recubre los cornetes, y cuya alteración dá lugar á su vez, en ciertas ocasiones, á otros órdenes de reflejos.

En cuanto á los trastornos correspondientes á las vías urinarias, se ha hablado de una glucosuria refleja de origen nasal y de la incontinen-

cia nocturna de orina de los adenoideos, constituyendo solamente casos aislados y por lo tanto, de escaso valor patológico clínico positivo.

6º - Los reflejos cuyas manifestaciones se producen al nivel del aparato de la audición se reducen solamente á los zumbidos .

Por lo que se refiere á los zumbidos, se presentan generalmente sin disminución del grado ó poder auditivo, y cuando éste existe suele ser de poca intensidad. La alteración sensorial puede afectar la forma de silbidos, ruidos hídricos y de truenos lejanos. Casi siempre la lesión nasal originaria radica en las regiones posteriores de las cavidades nasales y consiste en la hipertrofia de la cola de los cornetes, sea ya difusa, sea ya circunscrita (pólipos); el estado inflamatorio de la mucosa no llega al orificio de la trompa de Eustaquio, quedando por lo tanto ésta abierta y sin estresia patológica, pues de lo contrario, el síntoma zumbido pertenecería á una afección ótica y no merecería el calificativo de reflejo

debido á excitaciones de las regiones nasales próximas al orificio tubárico.

7º - Incluye en este grupo una numerosa série de alteraciones de índole fisiológica del aparato ocular. Ocupa el primer lugar el lagrimeo reflejo y siguen en orden por su importancia: el nistagmus, el estrabismo, el blefarospasmo, la astenopia, la fotofobia, la diplopia y la disminución concéntrica del campo visual. Los mejor estudiados son el lagrimeo y el nistagmus.

Por lo que se refiere á la epifora, es de todos sabido, como ya he indicado antes, que al recibir un fuerte golpe sobre el dorso de la nariz, inmediatamente el humor lacrimal que baña la esclerótica y conjuntiva ocular, aumenta en cantidad y se derrama al exterior; es lo que constituye el lagrimeo. En este caso, dicho reflejo es pasajero, ya que la causa productora ha obrado sólo breves instantes, y una vez desaparecida aque-

lla, cesa de fluir el líquido que constituye las lágrimas; las fosas nasales pueden hallarse completamente normales, aparte de los efectos próximos del traumatismo.

Ahora bien, esta epífora parece implicar también cierto obstáculo al paso del líquido hacia las fosas nasales y por lo tanto una obliteración ó disminución de calibre del conducto lácrimo-nasal que comunica el punto lacrimal con el meato inferior de la nariz. Mas, no es admisible, á mi modo de ver, tal opinión. Hallándose completamente sanos los órganos oculares y nasales, no es creíble que de un modo repentino puedan enfermar estos, en virtud de una excitación brusca y momentánea (traumatismo leve, inhalación de polvillos irritantes, etc.), aunque no ha faltado quien ha atribuido el fenómeno á cierto espasmo de dicho conducto. Es preferible admitir una transmisión de las excitaciones á los filetes del ramo lagrimal y el anastomótico del maxilar superior que inervan la glándula la-

grimal, dando lugar al aumento de secreción de la misma; el conducto nasal se halla permeable y en prueba de ello, merece observarse (especialmente cuando el fenómeno se hace duradero) que á pesar de la exagerada secreción lagrimal, el líquido discurre facilmente á través de aquel órgano y aún en mayor abundancia, como lo demuestra la salida del mismo por la nariz junto con cierta cantidad de mucus y produciendo por este motivo un determinado grado de obstrucción nasal. El llanto causado por el dolor físico y moral, es muy semejante al lagrimeo debido á una excitación de órden nasal; la única diferencia está en la causa productora.

Hasta aquí, lo fisiológico. En el campo patológico, el mencionado trastorno secretorio ofrece caracteres idénticos, cuando su origen radica en las fosas nasales, con el lagrimeo producido por ciertas enfermedades propias del aparato de la visión, pero yendo casi siempre acompañado de estornudos y picor intra-nasal; En el caso de ser ambas las fosas nasales



afectadas, ó cuando la acción traumática sobre la nariz es central, el reflejo secretorio ocular es generalmente doble; pero si la lesión del aparato de la olfacción ocupa solamente una de las cavidades, entonces el fenómeno lagrimeo recaerá en el ojo del mismo lado de la alteración nasal, aunque no de un modo absoluto, pues todo lo más se observará un ligero aumento del humor lacrimal en el ojo opuesto. Sin embargo, es muy frecuente que se presente en ambos órganos sensoriales cuando la irritación nasal sea muy intensa, aunque exista inilateralidad de la lesión rínica originaria.

La rinitis hipertrófica, la rinitis aguda, la purulenta, las deformaciones del tabique, el ozena, las sinusitis y el catarro de heno (rinitis vaso-motriz) son las principales enfermedades nasales que por acción refleja dan lugar á la epífora. Debe tenerse en cuenta el perfecto estado de normalidad del conducto lácrimo-nasal para reputar á dicho desórden, de naturaleza refleja. Los parásitos nasales producen asimismo

á causa de los intensos dolores y vivísimos picores á que dán lugar, hipersecreción lagrimal refleja. Sohech añade la existencia de cuerpos extraños introducidos en las fosas nasales, fenómeno que he podido comprobar muchas veces.

De un modo general, puede decirse, pues, que la mayoría de las lesiones y de las sustancias capaces de engendrar intensas sensaciones de cosquilleo, picor y dolor intra-nasales, provocan el expresado reflejo oftálmico.

El nistagmus reflejo de origen nasal puede ser espontáneo ó provocado, es comunmente horizontal ó rotatorio y su grado de intensidad depende de la energía de la excitación nasal. Algunas veces coincide con el lagrimeo también reflejo. Las afecciones rínicas consisten en hipertrofías de los cornetes medios, pólipos del meato medio y desviaciones del tabique. Estas rinopatías han llamado la atención de Ostino (1) quien admite una

(1) Archivio Italiano di Otológia, Rinológia e Laríngologíá = Torino = Dicembre 1902 = 1.º Fascicolo. Pag. 29.

zona nistagmógena nasal, que se hallaría localizada en la parte anterior del meato medio, del cornete medio y en la parte de tabique correspondiente al nivel de éstos.

8º - Se incluye en esta división las manifestaciones reflejas que afectan el sistema nervioso. Para mayor claridad, subdividiré este grupo en dos; reflejos de la motilidad y reflejos sensitivos, aparte de ciertas manifestaciones relacionadas con el aparato de la inervación que no caben en ninguno de estos grupos.

REFLEJOS MOTORES. - En ellos se comprende la epilepsia, el histerismo, la corea y los tics convulsivos.

La epilepsia de origen nasal ha sido objeto de numerosas investigaciones, y aunque Lowe fué quien primero hizo observaciones sobre este particular, hemos de llegar hasta Salzo (1), Moure, Roquer y Gasadesús, Van

(1) Nez et épilepsie, tesis de Lyon (Journal de Lucas - Championnière) 1902.

Leckante y Elisa Root, para poder señalar en las fosas nasales los puntos de partida de dicha neurosis. Esta se presenta con caracteres semejantes á los de la epilepsia esencial ó vulgar, y en algunas ocasiones no se diferencia mucho de ella; de todos modos puede decirse que los fenómenos que se desarrollan, mejor merecen el nombre de epileptiformes que el de verdaderos ataques epilépticos. En los casos observados por los autores mencionados, se trataba de individuos con manifestaciones epileptiformes rebeldes á todo tratamiento específico, y que ofrecían hipertrofías considerables de los cornetes nasales, unos, y espolones del tabique que se hundían en la concha inferior, otros; tumores de distinta naturaleza, adherencias, inflamaciones, etc. En casi todos estos casos, el tratamiento nasal apropiado, produjo la cesación de las crisis pseudo epilépticas.

Hay un hecho digno de interés por la importancia que tiene en la etiología y diagnóstico de la epilepsia nasal, y es el caracter del aura

que muchas veces precede á la crisis epiléptica. En efecto, la epilepsia nasal, empieza por un aura que desde luego podemos situar en las fosas nasales, pues el enfermo experimenta una sensación de hormigueo y picor intenso intra-nasal, ó bien percibe fuertes olores desagradables imaginarios (cacosmia subjetiva) (Salzo).

Las convulsiones epileptiformes que se presentan de un modo especial en ciertos niños afectos de obstrucciones nasales (por hipertrofias, vegetaciones adenoideas del cavum naso-faríngeo) pueden reputarse actos reflejos cuyo origen se halla en las cavidades olfatorias.

Bien que la cuestión no esté dilucidada, los hechos publicados son del todo innegables.

El histerismo nasal ha dado lugar á numerosas discusiones, y no todos los rinólogos lo admiten como reflejo.

Roquer y Casadesús expone un caso interesantísimo (1) relativo á una

(1) (Véase la página siguiente, (\*).)

jóven de 16 años afecta de crisis convulsivas persistentes, que en los periodos intercríticos eran sustituidas por un estado letárgico seguido de convulsiones clónicas descendentes, al excitar mediante una sonda la mucosa del cornete derecho de la paciente; cuyo estado desaparecía al embadurnar con la cocaína las zonas sospechosas de la causa del ataque, el cual cedió definitivamente después de practicar varias cauterizaciones sobre dichas zonas.

Por mi parte he podido observar en el consultorio de mi padre un caso parecido. Se trataba de una histérica á quien bastaba tocar con el pico de la sonda los bordes del meato eustaquiano izquierdo al practicarle el cateterismo para que inmediatamente fuese presa de un estado de letargo ó hipnosis completos, que necesitaba el uso de inhalaciones de amonia-

---

(\*) El histerismo y las zonas histerógenas de la mucosa nasal - Revista de Laringología - Rinol y Oto - Tomo VII - Barcelona 1892.

co para que cesara. Pincelando con cocaína la pituitaria antes de introducir el cateter, el paso se éste se efectuaba poco después, sin que sobreviniera fenómeno alguno. Este hecho demostró la existencia de una Zona histero-hipnógena detrás de la cola del cornete inferior que desplegaba su manifestación neurósica cuando recibía una excitación artificial peritubárica, quizá actuando ésta sobre las ramificaciones del nervio faringeo de Bock que se distribuyen en dicha región. Al tratar de la patogenia, tendré ocasión de extenderme más sobre esta importante cuestión.

Respecto de la corea refleja de origen nasal ofrece la particularidad de que los movimientos característicos de esta neurosis empiezan por la core y no aumentan cuando se ejecuta un movimiento voluntario; además todos los fenómenos coréicos mejoran notablemente durante la primavera y verano, coincidiendo esta mejora con la de las lesiones nasales productoras de la enfermedad nerviosa, como son: hinchazones de la mucosa con

oatarras nasales, desviaciones del tabéque y á veces tambien una faringitis crónica. La corea refleja recae generalmente en niños, apáticos, tranquilos, de índole mansa.

Las contracturas (tics) convulsivas de procedencia refleja nasal se presentan ordinariamente en la cara, ya generalizadas, ya localizadas (párpados, ángulos labiales, músculo frontal, etc.), y persistiendo á veces durante el sueño. Las lesiones nasales consisten, como en la mayoría de los reflejos nasales, en la ya tantas veces nombrada rinitis hipertrófica y los pólipos mucosas. F. Feltesohn (1) cita un interesante caso de tics faciales y del párpado inferior izquierdo, originados por una hipertrofia poliposa de la extremidad anterior del cornete inferior, desapareciendo aquellos trastornos de la motilidad después de la ablación de aque

-----

(1) - Berlin klinik Wochenschrift - 1891.



lla producción neoplásica intra-nasal.

REFLEJOS SENSITIVOS. - Son muy variadas las formas sensitivas á que pueden dar lugar los reflejos de causa nasal. Á veces se manifiestan por jaquecas que aparecen de un modo irregular, presentándose bajo el aspecto de una hemioránea ó de una frontalgia. En los casos de enfermedades de carácter crónico con lesiones constantes, pólipos, tumores, hipertrofias difusas, etc., la jaqueca se hace continua con periodos de exacerbación.

Otra forma de estos reflejos es la cefalalgia ya difusa, ya frontal ó bien occipital, correspondientes estas dos á lesiones de las fosas nasales que radican en las zonas anterior ó posterior de las mismas, respectivamente. También se ha observado la cefalalgia de las regiones temporales y la del vértice de la cabeza. En todas estas cefalalgias reflejas la pared de la órbita se halla sensible á la compresión.

Tambien se incluyen diversas neuralgias entre los reflejos sensiti-

vos. La supra-orbitaria que es de una frecuencia muy notable. La del facial que se presenta uni ó bi-lateral, según sea una sóla ó ambas las fosas nasales afectadas; en algunos casos ofrecen el aspecto subjetivo de verdaderas crisis dolorosas (1). La del nervio sub-occipital, aunque no muy frecuente y observada especialmente en las enfermedades del cavum-naso-faríngeo. Hay que citar también la de los ramos posteriores de los 4 primeros nervios cervicales.

Los caracteres del dolor en esas neuralgias son muy variables ya por su intensidad ó ya por su duración. Pueden ser espontáneas, ó provocadas (por compresión de los puntos dolorosos en el trayecto del nervio).

El Dr. Sota y Lastra cita una observación en sí mismo, relativa á una dermalgia localizada en la parte superior y lateral izquierda de la cabeza, consecutiva á un intenso coryza agudo que dió lugar también á una erisipela flictenosa de la piel nasal y palpebral acompañada de neuralgia

(1)(Véase (\*) en la página siguiente.)

supra-orbitaria. La dermalgia fué tan viva que el más ligero contacto de la región citada, le arrancaba gritos de dolor, pero se aminoraba mucho aquella, mediante la aplicación en la nariz de una bolita de algodón empapada de una solución de cocaína al 10 por %. Cuando paulatinamente fué desapareciendo el coriza, disminuyó el trastorno sensitivo hasta desaparecer del todo (1).

Las lesiones nasales más importantes y productoras de estos trastornos de índole sensitiva son las espigas y crestas del tabique, las sinéquias entre éste y los cornetes, pólipos, hipertrofias, cicatrices post-

-----  
(\*) Sargnon (de Lyon) - Gros polypes muqueux de la narine droite; hypertrophie polypoïde du cornet moyen gauche; crises de contractures très fréquents et très douloureuses dans le domaine du facial droit, etc. (Arch. Internat. de Laryng. Otol. T. XVI - N° 6.)

(1) Dermalgia de origen nasal = Revista de Larang. Otol. etc. = Tomo VI = nº 8 1891, y Manuel teórico y práctico de las enfermedades de la nariz, etc. = Sevilla = 1899 = Pag. 408.

-operatorias intra-nasales, etc.

Trastornos del sistema nervioso que por su índole especial estudiaremos aparte: (VERTIGO y PSICOSIS.) La expresión vértigo nasal debe añadirse hoy día á las de vértigo gástrico, auricular, cerebral, uterino etc. pues no es dudable su existencia, aunque son pocos los que tengan conocimiento del mismo, confundiéndole muchas veces con el de Menière. Se produce generalmente por la mañana al levantarse; la vista se enturbia, un velo parece extenderse sobre los objetos los cuales simulan un movimiento oscilatorio que vá en crescendo, hasta que por fin se obsourecen del todo. Muchas veces no pasa de ahí el fenómeno; todo vuelve paulatinamente á la realidad. Pero en algunos casos, la terminación del vértigo es la pérdida del conocimiento con caída en el suelo, cuya finalidad Castex la cree muy rara.

De - Carli cita un interesante caso en que dicho reflejo se presen-

taba de un modo brusco, sucediéndose las fases con suma rapidez hasta que el individuo caía desplomado, pero con integridad consiente; además los vértigos iban acompañados de violentos esfuerzos de vómito, lo que expresaba una semejanza con el vértigo gástrico, con el cual puede confundirse en ciertas ocasiones. Sin embargo, se puede establecer una distinción en virtud de los síntomas de obstrucción nasal que aparecen junto con el vértigo de origen rínico. Esta última alteración es una de las más conocidas y frecuentes causas de la manifestación vertiginosa.

Las lesiones nasales que más comunmente dan lugar al vértigo son la rinitis hipertrófica, exostosis del tabique, sinequias entre éste y el cornete inferior, cuerpos extraños (Castex), pólipos mucosos (Lacroix), catarros naso-faríngeos, sinusitis diversas, vegetaciones adenoides (Guyé). por último Joal lo ha observado á consecuencia de cauterizaciones de la pituitaria, de irrigaciones nasales y de ciertos olores fuertes.

TRASTORNOS PSIQUICOS. - Se presentan de muy diversa índole las manifestaciones anormales de los actos psíquicos, los cuales reconocen un origen nasal.

El mal humor, la melancolía, la semi-fobia, pesadillas, los accesos de ira, la manía persecutoria, los intentos de suicidio, la locura delirante, se incluyen entre el grupo de dichos trastornos psíquicos. Se trata generalmente de individuos afectados de obstrucciones nasales consistentes ya en grandes hipertrofias difusas de los cornetes, ya en masas poliposas de la pituitaria que cierran la vía respiratoria nasal. Es interesantísimo el caso observado por el Dr. Botey, relativo á un individuo con pólipos mucosos de ambos meatos nasales, cuyo padecimiento le causaba: hipocondría, terrores vagos, tristeza continua y aburrimiento de la vida, con grandes temores de volverse loco; y hablaba siempre de pegarse un tiro. Pocos días después de haberle Botey practicado las primeras

cauterizaciones, la irritación y molestia consecutivas á la aplicación del gálvano-cauterio en las fosas nasales, le obsesionaron hasta el punto de consumer su fatal decisión que no obstante resultó frustrada porque el balazo sólo le atravesó las órbitas. Después de algun tiempo y curadas ya por completo sus lesiones nasales aquel individuo recuperó su normalidad psíquica, sin haberse reproducido aquellos trastornos que le habían enloquecido durante su enfermedad nasal, aparte la pena de haberse quedado ciego y del arrepentimiento relativo á su desdichada resolución.

Luzzati cita también un caso referente á una mujer que tuvo un fuerte acceso de risa y entusiasmo delirante, después que dicho profesor hubo- le practicado la resección de un cornate nasal, sin emplear la anestesia á la cual hubiera podido atribuirse aquella excitación nerviosa. <sup>cocaínica</sup>

Recientemente, mi distinguido amigo el Dr. Compaired (Madrid) en el Congreso Internacional de Medicina ultimamente celebrado en la capital de

España, presentó una curiosa é instructiva comunicación sobre la neurastenia y pseudofobias de origen nasal, en la cual dicho autor expone, con su reconocido criterio, observaciones interesantes de individuos locos, criminales, semi-fóbicos, neurasténicos en sus distintos grados, en los cuales pudo comprobar lesiones intra-nasales poco importantes consistentes en ligeras hipertrofias circunscritas en forma de zonas que denomina de electividad, acompañadas de otras zonas histerógenas con ó sin lesiones (hiperestesia, hipoestesia); éstas recaían preferentemente al nivel del cornete y meato medio. Un tratamiento intranasal adecuado fué seguido de la desaparición de aquellas manifestaciones psíquicas. En otra serie de observaciones del Dr. Compaired, diversas lesiones nasales claras y bien ostensibles, como espinas del tabique, desviaciones del mismo, hipertrofias considerables de los cornetes, pólipos, etc.: una vez curadas, desaparecieron muchos fenómenos neuróticos que por acción refleja se pre-



ducían mientras persistía la afección nasal originaria; declarando además tan reputado oto-rino-laringólogo "que es muy posible que lesiones intranasales semejantes mantengan determinada relación con la forma y calidad, importancia y reincidencia de ciertos delitos perseguidos y castigados por el Código."

No es de extrañar en vista de lo expuesto, las modificaciones de la inteligencia y del carácter en ciertos sujetos con afecciones nasales productoras de aquellas. La forma más común, es un trastorno intelectual, designado por Guye (de Amsterdam) bajo el nombre de aproxexia. Se observa con bastante frecuencia en los niños enfermos de vegetaciones adenoideas una laxitud cerebral rápida, en una ligera obnubilación intelectual y una nasofaríngea y consiste en una incapacidad ostensible para dirigir las operaciones mentales, que conduce á la imposibilidad de hacerse cargo de un modo rápido de las excitaciones externas. Hay cierta falta de atención, una amnesia no muy pronunciada; el sujeto afecto ofrece una depresión fi-

sica y moral, un estado de angustia constante, produciendo en el adulto momentos de irritabilidad y á veces tendencia á la melancolía, y en el niño fenómenos motores, tics, corea y terrores nocturnos (Royet).

Es verdaderamente curioso y de un valor positivo la coincidencia de las peores calificaciones y mala aplicación de determinados alumnos de las escuelas de Praga, con la existencia de vegetaciones adenoides en estos niños, según los datos de Frankenberger recogidos en una estadística de más de 1000 alumnos, hecha en 1902.

El ilustre rinólogo madrileño citado, ha podido comprobar en un 90 por 100 de rinopáticos, la arosexia más ó menos exagerada.

ASOCIACION DE REFLEJOS. - Los diversos fenómenos reflejos enumerados pueden asociarse algunos de ellos entre sí, como la tos con los espasmos glóticos, el asma con el estornudeo, los estornudos con la rino-hidrorrea. Pero la asociación más frecuente y que ofrece una característica especial

es la de: rinorrea, estornudos, lagrimeo, fotofobia y á veces también la disnea asmatiforme, constituyendo una afección nasal determinada conocida con los nombres de rinitis espasmódica, fiebre de heno, asma de verano ó de otoño, rino-bronquitis espasmódica (Guenau de Mussy), hay-fever, rinitis hiperestésica periódica (Sajous), rinitis pruriginosa (Rumbold) etc. Esta curiosa enfermedad es causada lo más á menudo por la inhalación del polen de las gramíneas (1) en la época de su florecencia (Mayo, Junio y Julio) en Europa; y por el del ajonjolino romano durante los meses en que florece (Septiembre, Octubre, Noviembre) en América (Wyman).

M. Mignon ha hecho un detenido é interesante estudio de esta afección el cual recomiendo de un modo eficaz á cuantos deseen conocer ampliamente el asunto (2). No he de entrar en detalles respecto á la descripción del

-----

(1) Las más activas son el anthoxanthum-odoratum y el holcus odoratus.

(2) Maurice Mignon, L'asthme des foins - Archiv. Internat. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. - T. XII - N° 2 - Paris, 1899 (pag. 176).

catarro de heno; solamente me fijaré en las manifestaciones reflejas á que dá lugar. El estornudo se presenta de un modo violento, brusco y casi siempre con carácter doloroso; se trata de verdadera crisis en las que dicho reflejo se sucede muy á menudo (hasta 50 seguidos) ocasionando cierta fatiga y malestar al paciente. A dichos estornudos acompaña una hidro-rinorrea abundante y muy variable, constituida por un líquido claro, que más tarde se vuelve viscoso, concluyendo por desaparecer. Como consecuencia de dicho estado irritativo de la pituitaria, sobreviene una hipersecreción de la glándula lacrimal, constituyendo la epífora, la que produce asimismo grandes molestias, aunque poco duraderas, y á la que se une algunos veces edema palpebral, congestión del conducto lácrimo-nasal y fotofobia poco dolorosa.

Los fenómenos precedentes constituyen la forma óculo-nasal (Gueneau de Mussy) de la rino-bronquitis anual. Las manifestaciones patológicas que la siguen forman la variedad dianéica ó asmática. En efecto el asma

reviste suma importancia en dicha enfermedad. La disnea que le precede varía de un día al otro; se presenta algunas veces en forma de crisis nocturnas; el enfermo siente gran dificultad de expirar, á pesar de lo cual los movimientos respiratorios están poco acelerados y apenas se observa la cianosis. Dicho estado conduce á verdaderos accesos asmáticos muy semejantes á los del asma ordinario, presentándose asimismo fenómenos torácicos objetivos, especialmente estertores sibilantes; una expectoración de aspecto nacarado no muy abundante acompaña, á otro fenómeno reflejo que se presenta al momento: me refiero á una tos especial, bajo la forma de quintas y muy parecida á la tos nasal descrita por Ruault.

Estas dos formas de crisis pueden combinarse en el mismo enfermo, simultaneándose todos los síntomas rapidamente descritos; entonces constitúyese la variedad llamada óculo-naso-bronquial, ú óculo-naso-torácica.

Durante los intervalos críticos el enfermo ofrece una hiperestesia muy notable de las fosas nasales, con gran tendencia al estornudeo, y per

maneciendo la fotofobia con picores oculares y secreción lagrimal exagerada.

Así pues, observamos en dicha enfermedad una serie de reflejos nasales que se superponen uno al otro y en cierto modo unidos estrechamente entre sí.

Respecto á las lesiones nasales, la rinoscopia demuestra que son muy variables; ya se trata de rinitis hipertróficas preexistentes, ya de espolones del tabique ó pólipos mucosos, pero especialmente llamará nuestra atención un estado congestivo de la pituitaria y un aumento de volumen de la misma, por acción irritante directa determinada por el polen de dichos vegetales.

## ETIOLOGIA.

oooooooooooooooooooooooooooooooo

Las causas productoras de las manifestaciones reflejas de origen nasal son muy variadas y complejas siendo difíciles de establecer de un modo satisfactorio.

El título de la presente tesis ya nos indica de un modo general que el origen de dichos reflejos radica en las fosas nasales. ¿ Pero son únicamente las lesiones de dichas cavidades las que engendran los reflejos estudiados? ¿ No existirá alguna predisposición especial que influya de una manera más ó menos directa para crear dichos fenómenos?

No hay ningún género de duda que existe, una predisposición. No sólo existe, sino que es indispensable. (Lermoyer) Respecto á

la misma ^  
la naturaleza de ^ es de creer que tratándose de fenómenos en los cuales el sistema nervioso juega un papel muy importante. han de desarrollarse con mayor facilidad en los individuos de temperamento nervioso, ó en los predispuestos á perturbaciones de la inervación. Así pues, los neurasténicos, los neuro-artríticos, las personas histéricas, las que sufren gastropatías, afecciones uterinas, las que se hallan en la época de la menopausia son las que más predisposición ofrecen á dichos reflejos, llegando á afirmar Lerpoyez que "no hay jamás reflejos de origen nasal en los individuos que tienen el sistema nervioso intacto." Los casos observados por los autores, la mayor parte recaen en sujetos que presentan una excitabilidad anormal del sistema nervioso. En casi todos los enfermos en los que he visto producirse reflejos nasales, he podido comprobar así mismo perturbaciones del sensorio ó una exaltación de los fenómenos nerviosos. No cabe ahí la objeción de que quizás las lesiones nasales fueran las que crearan dichas manifestaciones nerviosas independientemente de los



reflejos que se originan en las fosas nasales; esto es, que la lesión nasal fuera primitiva. Lo que es posible que engendre ésta, son las neurosis reflejas, pero casi nunca sin que el organismo afecto lleve en sí una alteración del aparato de la inervación. Viene en apoyo de este hecho, la circunstancia especial de que muchas veces las lesiones nasales que originan el fenómeno reflejo, no guarden proporción con la intensidad de éste. Además, no todas las afecciones de las cavidades olfatorias dan lugar á la producción del trastorno reflejo, en todos los individuos. Hasta en algunos sujetos exentos de modificación anormal alguna en la pituitaria, es posible originar fenómenos de naturaleza refleja, siempre que se les excite aquella membrana y siempre que intervenga una alteración más ó menos notable de su sistema nervioso. Es necesario, pues, admitir una predisposición nerviosa influyente en la formación de los fenómenos reflejos de origen nasal,

Por otra parte, las causas que más ó menos indirectamente dan lugar á los trastornos reflejos nasales, pueden agruparse en: causas externas, esto es, agentes exteriores que al ponerse en contacto con las regiones sensibles del aparato olfatorio, provocan reflejismos sin que éste ofrezca alteración patológica alguna aparente; y causas internas bajo la forma de lesiones orgánicas, las cuales son el punto de partida de la manifestación nerviosa refleja.

CAUSAS EXTERNAS. - Courtade ha dicho que el factor principal que contribuye á la producción de reflejos nasales, es la sensibilidad anormal ó mejor hiperexcitabilidad de la pituitaria del sujeto. Así parece en efecto: ahora bien, dicha sensibilidad aunque sea normal, lo que ocurre pocas veces, sobre todo recayendo en sujetos que ofrecen una alteración de conjunto del sistema nervioso, puede hacerse exagerada, mediante ciertos agentes capaces de provocar una viva irritación de la membrana schnei

deriana, Estos agentes se reducen á substancias en estado pulverulento, líquidos de olor fuerte y picante y vapores irritantes (especialmente algunos cuerpos químicos), los cuales, como ya he indicado al tratar del estornudo, dán lugar preferentemente á este reflejo, á la hidro-rinorrea y al lagrimeo.

Los cambios bruscos de temperatura influyen también de un modo notable en la producción de reflejos, sobre todo los de naturaleza motora, como la dilatación ó retracción de los vasos de la mucosa nasal.

La acción del sol, ya citada, dando lugar al estornudo, y la de las corrientes de aire, engendrando el mismo reflejo y la hipersecreción de las glándulas arrecimadas de la membrana de Schneider son otras de las causas más comunes y conocidas.

Más, de un modo general, el resultado inmediato es siempre una excitación de los filetes que inervan la mucosa, especialmente los del trigé-

mino, cuya sacudida más ó menos brusca se traduce por un acto reflejo, el cual según sea la vía centrífuga que recorra dará lugar á fenómenos de tos, disnea, estornudeo, rinorrea, vértigos etc.

Aparte de las causas mencionadas, se pueden citar otras procedentes también del exterior, tales como el dolor provocado en la región nasal, sea de origen traumático, sea de una causa más simple, como por ejemplo, el estiramiento de las vibrisas que ocupan el vestíbulo de la nariz ó el cosquilleo artificial de la misma región, que se traducirá especialmente por la producción de lagrimeo y estornudos.

Las intervenciones quirúrgicas intra-nasales pueden dar lugar en ciertos casos, á accidentes de índole refleja ó á la exageración de los pre-existentes. Se trate generalmente de conotomías, cuyo resultado primero es una viva irritación capaz de desarrollar un fenómeno reflejo (cefalalgia, tos, asma, lagrimeo) si éste no existía, ó de exagerarlo en caso con-

trario. Del mismo modo es posible que engendre dichas manifestaciones una cicatriz viciosa intra-nasal resultante de una extirpación de masas poliposas, ó de cauterizaciones repetidas sobre la mucosa nasal para tratar una rinitis hipertrófica.

Los cuerpos extraños introducidos en la nariz deben añadirse como agentes etiológicos. En estas condiciones pueden suceder que las fosas nasales se hallen normales ó enfermas. En el primer caso es indispensable cierto grado de hiperexcitabilidad intra-nasal necesaria para la derivación de reflejos. Sería prolijo enumerar los diversos cuerpos procedentes del exterior que por imprudencia ó descuido pasan á ocupar las cavidades olfatorias, como bolitas de algodón, semillas de diversos vegetales, piedrecitas, etc. Mas, aparte de estas circunstancias, existen otros cuerpos que, aunque momentáneamente, es preciso introducir en aquellas fosas; tal tenemos, por ejemplo, en la sonda usada para la cateterización de la trom-

pa de Eustaquio. En efecto: sucede muchas veces que al penetrar aquel instrumento entre el cornete y el tabique excita alguna zona sensible de estas partes y provoca al instante variados reflejos, siendo los que con mayor frecuencia he podido observar: lagrimeo, tos y disnea. Todos estos fenómenos son pasajeros y cesan, por lo tanto, al retirar el cateter; en algunos casos, sin embargo, desaparecen estando aún la sonda en la fosa nasal ó cuando se ha introducido aquella completamente hasta penetrar en el pabellón tubárico. Parece ser que en estos casos exista cierta adaptación ó tolerancia tardía de la mucosa al recibir la impresión de un cuerpo extraño; ó bien una zona excitable mediante el contacto ó roce del pico de la sonda, que deja de mostrar dicha propiedad cuando el extremo del instrumento ha traspasado aquel segmento de pituitaria.

Si las fosas nasales se hallan enfermas al introducirse en ellas un cuerpo extraño, y si el paciente ofrece una exaltación del sistema ner-

vioso, es también muy posible que se desarrollen accidentes reflejos, puesto que á la lesión propia de la nariz se añade un nuevo agente irritativo susceptible para dicho resultado.

Los cálculos nasales ó rinolitos que son generalmente debidos al depósito de sales calcáreas al rededor de un cuerpo extraño que ha penetrado en la nariz, y más raramente al entorno de un coágulo sanguíneo, un detritus caseoso ó de cierta cantidad de mucus, son la causa de la derivación de manifestaciones reflejas, en virtud de las lesiones que ocasionan. Estas consisten en ulceraciones, congestiones, supuraciones, necrosis, desviaciones del tabique, deformaciones de los cornetes, adherencias y perforaciones del septum, etc. Es de comprender, pues, en vista de estas alteraciones, la facilidad con que se determinen trastornos reflejos, de un modo especial la cefalalgia acompañada de estornudos, lagrimeo, accesos de tos, vértigos y hasta de accidentes epileptiformes. (1)

(1) ( Véase (a) en la página siguiente. )

Otro factor etiológico que debe tenerse presente, es el que se refiere á la acción de ciertas sustancias olorosas sobre las terminaciones del 1<sup>er</sup> par craneal por la excitación de éste. Consiste en alteraciones funcionales del olfato, especialmente la que se denomina: hiperesmia. Ocurre más á menudo en los individuos neurópatas ó neuro-artríticos. Las esencias de violeta, rosa, menta; alimicle, alcanfor, petróleo, naftalina, betún, el yodoformo, el sulfuro de carbono, etc. son las sustancias que frecuentemente engendran aquella perturbación olfateria y en consecuencia, un sinnúmero de fenómenos reflejos, entre los que deben citarse la cefalalgia, el vértigo, las cardialgias, palpitaciones, asma, estornudos, hidre-rinorrea, convulsiones epileptiformes, alteraciones de la fonación, etc. A todos

(\*) - Aunque las lesiones intra-nasales se consideran como las más próximas de los reflejos, y á pesar de que los rinolitos constituyen una afección local, incluyo estos cálculos entre los agentes procedentes del exterior, por ser el resultado de la existencia prolongada de cuerpos extraños dentro de la nariz y por la semejanza de sus complicaciones patológicas.



estos trastornos Joal (1) añade la epistaxis, ya entrevista por otros autores ( Mackenzie, Bruyerinus), cuya emisión sanguínea no vá acompañada de variocidades de la mucosa ni procede de la úlcera característica del extremo anterior del tabique; solamente se observa á veces cierta hipertrofia más ó menos considerable de los cornetes nasales. Estas epistaxis suelen producirse junto con otros de los fenómenos reflejos ultimamente citados, y se pueden provocar á voluntad haciendo respirar aquellos cuerpos oloríferos. Las aplicaciones locales de una solución de cocaína, así como la supresión absoluta de las sustancias olorosas alrededor del enfermo, es suficiente muchas veces para detener la hemorragia nasal.

La impresión que los filetes del olfatorio reciben al respirar una

-----

(1) Epistaxis dues aux odeurs. - Bulletins et mémoires de la Société Française de Otologie, Laryngol. etc. - Tome XIII - 2<sup>e</sup> partie - Pag. 382 - Paris 1897.

atmósfera marítima, produce también en ciertos individuos, diversos accidentales reflejos. En este sentido, he observado un caso relativo á un sujeto en que la sensación experimentada sobre el órgano del olfato cuando se hallaba en la proximidad del mar le daba lugar á vértigos, accesos disnéicos y desvanecimientos, fenómenos reflejos que sólo se presentaban en estas circunstancias. La lesión nasal consistía en una rinitis atrófica de larga fecha.

Todas las causas citadas hasta aquí, debemos considerarlas como agentes etiológicos que obrando sobre los órganos intranasales sanos ó patológicos, producen un estado de excitación, congestión, etc. de éstos, originando manifestaciones reflejas diversas. Podrán ser pues, los factores primitivos de estas últimas pero sólo serán causas indirectas.

En cambio, las alteraciones fisio-patológicas de la propia nariz aunque algunas veces son secundarias ó consecutivas á causas externas, per-

tenecen mejor al grupo siguiente ó causas directas.

CAUSAS INTERNAS. - Estudiaremos ahora las lesiones á las cuales deben atribuirse las manifestaciones reflejes en cuestión.

Una lesión muy importante es la tumefacción de los cornetes nasales. Haek había ya señalado que la excitación directa del segmento anterior del cornete inferior hinchado daba lugar á fenómenos reflejos tales como el asma, neuramgias diversas, etc. y demostrando la relación entre éstas manifestaciones y aquel estado inflamatorio, mediante la destrucción quirúrgicamente practicada de este último, lo cual ocasionaba la desaparición de los reflejos que le acompañaban. Más tarde el mismo autor admite que también la parte media y extremidad posterior del cornete inferior y medio, podían ser puntos de partida de los reflejos nasales, suponiendo que en todas estas zonas existe á menudo una tumefacción notable de la mucosa. Según él, son muy diversas las causas que influyen sobre esta hin-

chazón ó dilatación de los espacios cavernosos de la pituitaria; en primer lugar depende de una alteración desarrollada indirectamente bajo la influencia de la irritación de los nervios erectores de la mucosa (nervi erigentes). cita además los pólipos pequeños de largo pedículo, los cuales al oscilar por el movimiento respiratorio, irritan aquella membrana ; llegando á afirmar que cuando las masas políposas ocluyen completamente las fosas nasales, no se producen reflejos. Enumera así mismo, las irritaciones sobre los nervios sensoriales, trastornos genitales en la mujer, la acción irritante de ciertos polvos y materias picantes sobre la mucosa nasal, las vegetaciones adenoideas del cavum-naso-faríngeo y los estados emotivos, como agentes capaces de engendrar una tumefacción de la pituitaria, cuya trastorno anatomo-patológico sería á su vez el causante de los diversos fenómenos reflejos observados. Así pues, Hack dió una importancia notable á la ingurgitación del tejido cavernoso de los cornetes conside-

réndola como una condición indispensable para la producción de los reflejos.

Mas, la mayoría de las observaciones posteriores tienden á colocar en un lugar menos preferente el papel que el ilustre profesor de Fribourg señaló á la lesión citada como causante de aquellos fenómenos. En efecto, esta turgescencia es muchas veces el resultado, un reflejo vaso-motor cuyo punto de partida puede hallarse en órganos distantes ó en la misma fosa nasal. Además, el hecho de que se observen reflejos nasales en algunos casos de ozena, en cuya afección existe generalmente una atrofia más ó menos considerable de la pituitaria, aleja en cierto modo la opinión de Hach y confirma la de Lermoyez, Castex, Schmaltz, Roquer y otros.

E. Fränkel declara que la tumefacción de los cornetes es el resultado de un proceso inflamatorio, es decir, de la hipertrofia de la mucosa que envuelve el elemento óseo. Esta hipertrofia comunmente limitada á la mucosa, engloba á veces el tejido cavernoso de los cornetes, sea de un mo-

de circunscrito, sea difuso, junto con las glándulas mucosas de la pituitaria. En consecuencia, Fränkel admite que la rinitis hipertrófica es la causa de los trastornos reflejos.

Max Schäffer, cree que no solamente los cornetes sino también cualquier punto de la mucosa nasal puede hipertrofiarse y servir de punto de partida de neurosis reflejas; y añade que si bien la hipertrofia es más frecuente al nivel de las conchas inferiores, ello es debido al mayor grado de desarrollo de éstas y de su tejido cavernoso.

Hering admite una zona que comprende toda la mucosa que tapiza el tabique nasal, y al igual que Schäffer, señala diversos puntos de la membrana de Schneider como sitio originario de las manifestaciones de órden reflejo, si bien dá mayor preponderancia á la hipertrofia de los cornetes medios, los cuales y en virtud de dicha alteración se ponen en contacto con el tabique con mayor facilidad que los inferiores, debida á su

más acentuada proximidad al septum. Esta compresión de los cornetes con el tabique es la causa más frecuente de los accidentes reflejos, según el rinólogo inglés. También admite que éstos pueden derivar de la compresión ó irritación de la parte anterior ó posterior del tabique, sea por un pólipo, sea por una secreción desecada muy adherente y que casi siempre el momento mecánico de la compresión ó del frote juega un importante papel.

En virtud de lo expuesto, creemos que indudablemente la tumefacción del tejido schneideriano puede ser origen de manifestaciones reflejas, pero no siempre hemos de atribuir á dicha lesión, la causa inmediata y principal de aquellas.

Son muy variados los estados patológicos que provocan reflejos sin que intervenga para ello el tejido erétil de la pituitaria.

Las hiperplasias verdaderas, mejor dicho, las hipertrofias de las distintas regiones de la mucosa nasal, son las lesiones más frecuentes y me-

jor observadas, á las cuales deben atribuirse la mayoría de los trastornos reflejos. Se presenta bajo dos formas, la hipertrofia difusa (rinitis crónica ó hipertrófica) y la circunscrita ( pólipos mucosos).

La primera, que ofrece diversas gradaciones, desde el aumento medianamente moderado del espesor de la mucosa, hasta la considerable hinchazón de toda ella obturando por completo la vía aérea nasal es de sumo interés puesto que en casi todos los individuos que sufren dicha afección y ofrecen una predisposición de conjunto del sistema nervioso, se observan reflejos nasales bien patentes. La lesión se halla constituida por la dilatación de la red vascular de la membrana de Schneider y consiguientemente por una tumefacción de la misma, ó bien consiste en una exageración neoformativa de los elementos histológicos que la constituyen ( epitelio superficial, capa adenoidea, tejido conjuntivo, glándulas arracimadas, etc.) Pero el resultado inmediato de la lesión es siempre una obstrucción más ó



menos completa de las cavidades nasales y un estado irritativo de toda la zona intra-nasal, dando lugar á algunos fenómenos reflejos, entre los cuales los más principales son el estornudo, la rinorrea, la tos, el asma y algunas neuralgias faciales y occipitales.

Respecto á los pólipos de la pituitaria afectan ya la forma pediculada, ya de ancha base y su número y extensión es extraordinariamente variable. Según lo expuesto anteriormente Hack atribuyó á los pólipos mucosos pequeños pediculados como los primitivamente causantes de reflejos nasales. No hay duda alguna que la irritación continua que dichas masas provocan en el resto de mucosa circumvecina, en virtud del va-y-ven que les imprime la columna de aire, es origen muchas veces de trastornos reflejos tales como estornudos, hipersecreción mucosa, tos, disnea á los que Sajous añade neuralgias faciales, dolores erráticos en el cuello, pecho y en otras regiones del torax. Las relaciones entre el asma y los pólipos de la

mucosa olfatoria, fueron precisamente las primeras que llamaron la atención en lo que se refiere al origen de dicho reflejo (Votolini). Las grandes masas polipoideas obstruyendo las fosas nasales, obran igualmente en la producción de fenómenos reflejos. si bien en este caso el papel principal causante se halla más en la presión considerable que ejercen aquellas sobre las paredes schneiderianas, que en el cosquilleo é irritación de éstas cuando son debidas á la titilación que se produce en los casos de pólipos de forma pediculada.

Las crestas, espinas ó espolones del tabique, ya libres, ya hundiéndose en el espesor de los cornetes inferior ó medio son causa de un estado excitativo intra-nasal muy á propósito para la derivación de accidentes de naturaleza refleja. Son muy variadas las formas, disposición, dirección, tamaño, etc. de estas anomalías de desarrollo. Se trata generalmente de hiperostosis, hipercondrosis ó bien de hiperosteo-condrosis que nacen al ni-

vel del septum nasal en diversos puntos; son ya encorvadas ya rectilíneas en dirección horizontal ó más ó menos oblicua ascendente ó descendente, etc. Los espolones dirigidos hácia abajo, cuya punta se introduce en el cornete inferior, con el cual puede unirse fuertemente, engendran variados reflejos, debidos, á más de cierto grado de dolor y de irritación, á la ulceración de la mucosa que envuelve á aquellos elementos, formándose de este modo una zona sumamente sensible y capaz, por lo tanto, de ser irritada bajo la acción de pequeñas causas( resfriado, atmósfera pulverulenta, corrientes de aire). De ahí la exacerbación de los reflejos en estas condiciones. Los síntomas que más á menudo provocan estas lesiones son: la cefalalgia en sus distintos grados y formas, las neuralgias faciales y occipitales, y con menor frecuencia la tos y el asma.

Las sinequias intra-nasales consistentes casi siempre en la unión de la mucosa desprovista de epitelio de la concha inferior con la del tabique

representan otro foco determinante de reflejismos, si bien no muy frecuente; pueden proceder de cauterizaciones mal practicadas ó de curaciones post-operatorias poco vigiladas, de ulceraciones nasales, etc. Si la sinequia es muy fuerte y la retracción de la mucosa ocasiona una tirantez exagerada, entonces es cuando dá lugar á reflejos, pudiendo aplicarse lo expuesto poco há al tratar de las espinas del septum. Parecidas consideraciones pueden formularse respecto á los espesamientos y desviaciones de este último órgano.

Las lesiones parasitarias intra-nasales, aunque son producidas por agentes exteriores, por las notables lesiones á que dán lugar merecen citarse en este sitio. Son causadas generalmente por ciertas Muscineas en estado larvario, como la Callifora vomitaria y la Lucilia hominivorax por no citar sino las más conocidas. Inútil es decir que encontrando estas lar

vas un terreno apto para su desarrollo (1) provocan durante el primer periodo sensaciones de cosquilleo intranasal ocasionando estornudos, lagrimeo y cierto grado de cefalalgia, hasta que, al extenderse las lesiones en virtud de las desquamaciones de epitelio, ulceraciones, etc. ocasionadas por el trabajo destructor de dichos agentes vivos, sobrevienen síntomas muy intensos y entre ellos algunos de índole refleja como las neuralgias faciales, mas nó las frontales que deben considerarse como fenómeno local directo, dada la frecuencia con que emigran y anidan los parásitos en el interior del seno frontal.

Finalmente, conviene mencionar las vegetaciones adenoideas del cavum naso-faríngeo, que por sus estrechas relaciones con las fosas nasales, pertenecen en el campo de nuestro estudio. Reoan sobre todo en los niños y

----- 4 -----

(1) Se ha observado la predilección de estos insectos por las narices enfermas, especialmente en los casos de supuraciones, rinitis atrófica fétida, etc.

prevocan una sintomatología ruidosa, característida y muy variada. Los fenómenos nerviosos son los más importantes y entre ellos los de naturaleza refleja, como la tos, el lagrimeo el blefarospasmo clónico, el asma, la cefalea, las convulsiones epileptiformes y la aprosexia, los cuales desaparecen después de la extirpación de aquellos tumores.

P A T O G E N I A.

Uno de los puntos de la cuestión mas interesantes y mas discutidos es la génesis de los reflejos de origen nasal. Las opiniones son tan distintas, caprichosas y difusas que resulta trabajo difícil condensarlas en breve espacio. Procuraremos dar cuenta de las teorías é interpretaciones mas autorizadas y conocidas.

Según hemos dicho, Hack admite, como primer tiempo de todos estos reflejos la tumefacción del segmento anterior del cornete inferior, cuyo estado inflamatorio, consistente en una distensión de los espacios cavernosos de la pituitaria, sin alteración real del tejido, provocaría una irritación mas ó menos intensa de los filetes nerviosos que se distribuyen por dicha región, y dando lugar á manifestaciones reflejas que radicarían ya en las mismas fosas nasales, ya en órganos vecinos ó dis-

tantes. Mas tarde, el propio autor extiende la zona turgescente á la parte media y extremidad posterior del cornete inferior y del medio, y suponiendo que existe siempre en estos puntos un estado de ingurgitación bien manifiesta.

Longuet y Fliess opinan que dichos trastornos pueden producirse sin necesidad de que exista una hipertrofia del cornete y que suelen ser el resultado de la excitación de una zona extremadamente sensible, cuyo sitio se halla en la parte posterior del cornete inferior y del tabique nasal.

Se ha atribuido á la obstrucción nasal y á la acumulación de anhídrido carbónico en la sangre, consecutiva á aquella alteración, el origen de diversas manifestaciones reflejas, especialmente de los accesos de disnea. Voltolini, sin embargo, observó fenómenos reflejos en individuos afectos de pólipos nasales que obstruían incompletamente las



cavidades nasales y sin producir obstáculo alguno al paso de la corriente aérea, cuyos hechos contradicen la opinión anterior.

François Frank, Schiff, Bert, Goris y otros han demostrado que las excitaciones mas ligeras de la pituitaria eran capaces de determinar manifestaciones reflejas intensas por parte del pulmón, corazón, etc. Roux, Frankel, Cartaz y Lublinski opinan que la excitación de cualquier punto de la membrana de Schneider sería suficiente para originarse fenómenos reflejos.

Lewy (de Berlín) ha estudiado los nervios de la mucosa nasal suponiendo que en estado patológico de ésta pudiera producir una alteración anormal de los nervios nasales, ó un estado particular de la inervación de dicha membrana enferma, demostrando que en muchos casos existe una riqueza extraordinaria de haces nerviosos por debajo de la cara libre de la mucosa. Practicó el examen microscópico de fragmentos de mu-

cosa hipertrofiada en uno de sus enfermos que presentaba fenómenos reflejos diversos, como sensaciones de angustia, opresión, dolores en todos los miembros é insomnios, encontrando en medio de la trama histológica propia de una mucosa nasal hipertrofiada un centenar de fascículos nerviosos cuyo espesor oscilaba entre 3 y 6 micras.

Las excitaciones del nervio olfatorio pueden dar lugar en ciertos casos á trastornos reflejos diversos. En estas circunstancias el excitante sería una impresión olorosa (esencias de violeta, rosa, el aznucle, naftalina, alcanfor etc,) la cual obrando sobre los filetes terminales del 1.<sup>er</sup> par, excitaría, por acción refleja, los del trigémino, determinando de este modo la turgescencia de la pituitaria, ó sea un reflejo vaso-motor, el cual á su vez sería el punto de partida de otras manifestaciones nerviosas (reflejos secundarios, Hack).

Falta tratar de la tan discutida é importante cuestión de las zo-

nas reflejas intra-nasales á las cuales se atribuyen la derivación de los trastornos reflejos. En efecto; se ha admitido la existencia de segmentos de pituitaria mas ó menos circunscritos, cuya irritación artificial ó morbosa desarrollada á su nivel, provoca los fenómenos que nos ocupan.

J. Mackenzie (de Baltimore) fué de los primeros que dieron á conocer el asunto. Apoyándose en una serie de experiencias practicadas en la pituitaria de personas sanas, concluyó que existen en aquella uno ó muchos espacios circunscritos, ó centros, que corresponden probablemente á los cuerpos cavernosos de los cornetes, cuya excitación, provocada artificialmente ó en virtud de procesos patológicos, engendraba fenómenos reflejos. Mas tarde, el propio autor, extiende dichas zonas sensitivas á otros puntos de la mucosa, especialmente al mencionar la tos refleja nasal, cuyo centro situa en la porción de pituitaria que tapi-

za los cornetes inferior y medio y mitad posterior del septum; estas dos últimas localizaciones demuestran que no daba ya tanta preponderancia como antes al tejido cavernoso de los cornetes para la producción de los reflejos.

Otros autores, entre ellos Baratoux, sitúan la zona hiperestésica en la parte posterior del tabique, por cuya razón se observan accidentales reflejos en los casos de desviaciones de dicho órgano, sin que exista lesión alguna de los cornetes; basta que el septum llegue a contactar con el cornete para que la irritación que este produce sea causa determinante de aquellos fenómenos.

Botey, al hablar de la tos nasal, dice que la zona tusígena mas común es la extremidad posterior de los cornetes inferiores cuando existe hipertrofia de la mucosa que los tapiza, y el meato medio en los casos de producciones poliposas de esta región.

Mas, quien hizo un detenido estudio de las zonas sensitivas de la

nariz, fué Lichtwitz (1), especialmente en los casos de histerismos (zonas letargógenas, espasmógenas, cataleptógenas, hipnógenas); estos centros histerógenos radican en las regiones posteriores de las fosas al nivel de los cornetes inferiores, medios, tabique y suelo de dichas cavidades; sin embargo, en algunos casos pudo comprobar la existencia de zonas en las partes anteriores, entre los cuales es interesante el de una joven histérica á quien bastaba dilatar las ventanas nasales con el especulum nasi para que cayera la enferma en un estado hipnótico profundo.

Por mi parte, he hallado muy á menudo las zonas hiperestésicas en las regiones posteriores de los cornetes inferiores y medio, cuya exi-

-----

(1) Les zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens (Société de Med. et de Chir. de Bordeaux - 19 Nov. 1886).

tación, ya provocada, ya espontánea, daba lugar á reflejos, especialmente: tos. También pude observar un caso de tos refleja nasal, cuya zona se hallaba en la parte media de la cara inferior del cornete mayor; en efecto, la excitación con el estilete sobre dicho punto provocaba golpes de tos seca, fuerte, metálica, que cesaba al suprimir dicha excitación artificial.

Finalmente, según hemos dicho en su lugar, Fliess demostró la existencia de centros circunscritos de la membrana de Schneider, á los que denominó, zonas genitales de la nariz por el importante papel que desempeñan en las alteraciones utero-ovaricas; la localización de aquellas se halla en el tubérculo del tabique y en la cabeza del cornete inferior.

Vemos, pues, que es innegable la existencia de estas zonas reflejas; pero no tienen sitio determinado y por lo tanto, no se puede lle-

gar á una conclusión, como se ha supuesto, relativa á la división de la pituitaria en zonas fijas, destinada cada una de ellas á engendrar siempre el mismo reflejo cuando se altera parcialmente la mucosa ó cuando se provoca una excitación á su nivel; absurdo tanto mayor cuanto que, en virtud de la frecuencia con que al enfermar la pituitaria la dolencia se extiende á casi toda ella, muy á menudo veríamos unidos en un individuo todos los fenómenos reflejos.

Sintetizando las opiniones expuestas; existen varios mecanismos patogenéticos que pueden reducirse á dos: excitación de los filetes nerviosos intra-nasales y existencia de zonas reflejas de la pituitaria. Respecto á estas, ya hemos expuesto nuestro criterio.

Veamos de hacer la crítica del primer punto. La excitación de índole nerviosa que se provoca en la mucosa nasal, parece bastante verosímil y es la única que por nuestra parte, creemos admitir, pero es

tambien insuficiente, pues no explica el modo, el cómo, y el porqué se desarrollan los accidentes reflejos; se queda en el punto de partida de estos, pero oculta en las sombras de lo ignoto la vía ó conductor nervioso que recorren para llegar á los distintos órganos ó aparatos en donde se manifiestan dichos trastornos.

Nosotros, para poner en claro el asunto, afirmamos que es necesario apoyarnos en una base anátomo-fisiológica para poder explicar muchos, si nó todos, los reflejos derivados de la nariz. En su virtud, y antes de exponer nuestro criterio, creemos muy conveniente hacer un breve resumen-recuerdo relativo á la inervación de la mucosa nasal. Esta recibe numerosos ramos y ramúsculos procedentes del ganglio esfeno-palatino y gran, simpático y las arborizaciones del olfatorio.

Del ganglio de Meckel emergen: el nervio del tabique nasal con el naso-palatino de Scarpa, el nervio vidiano, el ramo faringeo y el ramo



posterior de las fosas nasales; emite tambien ramificaciones á la faringe, amígdalas, velo palatino, trompa de Eustaquio y tegumentos de la cabeza.

Dicho ganglío establece comunicaci3n, mediante las tres ramas del 5º par con los cuatro pequeñ3s ganglios que forman la porci3n ~~geláfrica~~ del simpático, y uniéndose, por medio del nervio vidiano, con el plexo carotideo del gran simpático (filete carotideo del vidiano) con el facial y con el pneumogástrico, además de sus relaciones con la 2ª rama del trigémino; una parte de los nervios procedentes de ésta se distribuyen por la parte posterior del septum, y el nervio nasal posterior (rama del palatino anterior) inerva los cornetes superior, medio y regi3n posterior de los inferiores. Dos ramos procedentes del oftálmico (etmoidal y nasal externo) inervan los elementos cartilaginosos de la nariz, parte anterior de la mucosa nasal, y conducto lácrimo nasal, <sup>Las</sup> regiones mas ele-

vadas de las cavidades olfatorias (cornete y meato superior, cornete medio y parte alta del septum) reciben los numerosos nervios olfatorios, ramos del 1<sup>er</sup> par craneal.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los filetes del trigemino son los que reciben la primera impresión, y que este nervio establece comunicaciones importantes con el gran simpático, es de comprender que, según sea el grupo de ramúsculos excitados, se producirán fenómenos diversos en los órganos inervados por ambos elementos nerviosos y por otros troncos que han recogido la excitación en los centros.

Veamos de analizar un poco más, aplicando estas relaciones nerviosas a alguno de los reflejos estudiados. Pongo por caso el asma: el primer hecho es la excitación intra-nasal; esta se produce al nivel de las terminaciones del nervio nasal ó de los esfeno palatinos, llevando su acción hasta la raíz sensitiva del trigémino, descendiendo la corrien

te nerviosa por la médula espinal y por el intermedio de las anastómosis entre ésta y los ganglios cervicales del gran simpático, que responderán transportando la excitación á los vaso-dilatadores de los bronquios pequeños y consiguientemente provocando el acceso asmático.

Y ¿como explicar los trastornos psicicos ? Creo que es posible admitir que la incitación de los filetes del 5º par se trasmite hasta el origen de su raíz descendente, en las inmediaciones de los tubérculos cuadrigéminos y por intermedio de las anastomosis que existen entre los orígenes del trigémino y las fibras longitudinales de la sustancia reticulada, hasta la corteza cerebral. Al recibir esta la impresión, produce diferentes trastornos según la región cortical afectada.

El lagrimeo reflejo de origen nasal ya hemos apuntado como se produce: una excitación transmitida á los filetes del ramo lagrimal y al anastomótico del nervio maxilar superior que inervan la glándula lagrimal, provocando en esta una aumento de su secreción.

La tos y la afonia <sup>se</sup> explicarían por el paso de la corriente excitadora á través del trigémino (rama maxilar superior) y mediante sus anastómosis con el simpático (ganglio cervical superior) llegaría hasta el pneumogástrico, por el filete anastomótico con éste, y terminando en los músculos que intervienen en el acto respiratorio y en el funcionamiento de los órganos vocales propiamente dichos.

Las alteraciones del ritmo cardíaco también serían debidas á una transmisión de la excitación hacia el simpático cervical (ganglio superior) cuyos ramos cardíacos la llevarían hasta el corazón, ó bien pasando á través de las anastómosis del simpático con el vago y mediante los ramos cardíacos de éste hasta aquella viscera; cuyo resultado sería una aceleración de los movimientos cardíacos ó su retardo respectivamente.

Los demás fenómenos de naturaleza motora (epilepsia, histerismo) ó los producidos en órganos inervados por los nervios raquídeos tendrían su explicación en virtud de los enlaces del simpático con dichos nervios

(por los rami comunicantes) mediante fibras ganglifugas que se dividen en dos órdenes: uno que acompaña al nervio hasta las partes periféricas y otro que penetra en la médula y en el ganglio espinal (Cajal).

Respecto al mecanismo patogenético de los trastornos genitales, cede la palabra á los Dres. Trautmann y Pelaez quienes han sido los que de mejor modo se han acercado á la verdad.

He aquí la opinión del autor alemán. Se admiten tres nervios, el trigémino (de sensibilidad ordinaria) el simpático (nervio petroso profundo mayor) y el olfatorio (sensorial), como vías transmisoras de los reflejos. Respecto á la unión del simpático con los nervios genitales, se efectúa mediante el plexo hipogástrico y el plexo solar. Una excitación de los órganos ~~generales~~ se transmite pues hasta el ganglio de Meckel ó al nervio petroso profundo mayor; también puede llegar hasta el timpánico (caja del timpano) dando lugar á trastornos auditivos y

nasales (Haug). También el olfatorio se halla en relación, mediante vías centrales, con la zona genital; las excitaciones de los extremos periféricos del 1<sup>er</sup> par llegan al cerebro (glomerulis) por las neuronas primarias, hasta la corteza, por intermedio de las neuronas secundarias, en la región del girus cinguli del lóbulo frontal (Bröske, Obersteiner). Parece que cientos fascículos que nacen del bulbo llegan á la capas ópticas, entrecruzándose á cada lado de la línea média con los del lado opuesto al nivel de la comisura anterior (fasciculus longus posterior de Gegenbaur).

De este modo, dicho fascículo establece comunicaciones con la formación reticular del bulbo y quizás de la médula, y por intermedio de ésta, con las raíces de los nervios raquídeos genitales ú otros.

El malogrado Dr. Pelaz catedrático que fué (de Granada) en su comunicación al 1<sup>er</sup> Congreso Español de Otorinolaringología (Madrid - 1896

expone una ingeniosa teoría respecto al papel que desempeña el tejido eréctil del organismo en su funcionamiento, especialmente el correspondiente á las zonas genitales y nasales; afirma que ha podido apreciar cierta congruencia entre las anomalías de volúmen de dichos órganos (sexuales) y los afectos nasales que empiezan ó están exclusivamente localizados en la mucosa de los cornetes, admitiendo las rinitis de origen genital y estableciendo una relación inversa sobre las hipertrofias y atrofas entre los órganos nasales y los generadores; considera dichas relaciones naso-génito-créctiles como actos reflejos espectales y conducciones nerviosas excepcionales quizás explicables por ciertos datos congeturales de histoneurologia y por la teoría de la polaridad dinámica (Cajal); y suponiendo nuevos sub-centros, llamados médulo-eréctiles genitales que se hallarían incluidos en el centro reflejo médulo-genital correspondiente al engrosamiento lumbo-sacro del cordón medular. Respecto de la zona nasal, es muy probable que en la región bulbar ó meso-ce-

fálica del trigémino y facial, y mediante colaterales de 2º ó 3<sup>er</sup> orden (Cajal) exista algún centro reflejo naso-eréctil, independiente ó nó de los otros centros nasales no olfatorios. Ambos centros (genito-eréctil y naso-eréctil) se hallarían en relación con el sistema ganglionar ó gran simpático. Para explicar la erectilización simultánea de los centros nasales y los órganos sexuales, debe admitirse una conducción especial medulo-bulbipeta, bulbo-medulipeta ó de ambos órdenes constituida por sistemas neuronales ó neurofilcitos asociados, mas ó menos extensos y ramificados. Finalmente, mencionó el ilustre anatómico granadino las relaciones de dichas vías comunicantes con las asociaciones genito-olfatorias, concluyendo que la existencia del tejido naso-eréctil, quizá obedezca á la utilidad genésica que el sentido del olfato reporta en ciertas especies animales. Aparte de los atrevimientos y exageraciones científicas expuestos en la primera parte de la comunicación del Dr. Pelaez (macro-



eréctilia. y micro-eréctilia génito-nasal), es muy digna de mención la hipótesis de los centros y vías comunicantes que acabo de resumir, á pesar de que falta aún practicar ensayos, comprobaciones y descubrimientos anátomo-histológicos concluyentes.

## DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de los reflejos de origen nasal es de los mas difíciles y expuestos á error. Debe siempre establecerse con suma cautela y circunspección.

Dividiré este capítulo en dos partes: en la primera trataré del diagnóstico general, es decir de los medios que hemos de utilizar para conocer exactamente si el fenómeno que se ofrece ante nosotros, merece el calificativo de trastorno reflejo de causa nasal y si debe incluirse, por lo tanto, en este cuadro nosológico de la rinología; y en la segunda me ocuparé del diagnóstico diferencial, esto es, en deslindar de un modo preciso todos aquellos síntomas y afecciones que tienen semejanza con

los fenómenos reflejos nasales y con los cuales puedan confundirse, de los propios y característicos pertenecientes á los que son objeto de esta tesis.

#### DIAGNOSTICO GENERAL.

Algunos de los reflejos nasales, especialmente los que se traducen por fenómenos que se manifiestan en la misma nariz, nos orientarán algun tanto respecto del órgano al cual debemos dirigir nuestro examen y ejecutar, si es necesario, las experiencias correspondientes para comprobar el diagnóstico.

Mas, cuando se trata de manifestaciones reflejas, cuyos efectos tienen lugar en órganos mas ó menos distantes de las fosas nasales, entonces: ó pueden pasar desapercibidos como tales reflejos por el predominio de aquellas sobre las que ofrece el aparato de la olfacción, ó pueden presentarse confusiones cuando los fenómenos intra-nasales y los

que estos producen en otros sitios, coinciden y se observan clara y simultáneamente: esto último puede dar lugar á error, por cuanto no se cree de momento exista relación alguna entre unos síntomas con otros.

En virtud de lo expuesto, se desprende una agrupación de los reflejos nasales desde el punto de vista diagnóstico, en:

1º Reflejos cuyos síntomas se presentan en las fosas nasales únicamente.

2º Reflejos cuya sintomatología nasal es poco apreciable, siendo en cambio de preponderante relieve los trastornos producidos á distancia.

3º Reflejos, cuyas manifestaciones nasales se ofrecen simultáneas y con análoga intensidad en las originadas en órganos alejados.

Los accidentes reflejos pertenecientes al primer grupo son de fácil diagnóstico: merecen el calificativo de signos ostensibles, ya que no ofrecen duda alguna sobre su procedencia. La inspección recaerá, pues, sobre las fosas nasales, en las cuales encontraremos una lesión, determi-

da capas de explicarnos el proceso reflejo: una hinchazón de la mucosa (rinitis hipertrófica, masas polipoideas), ingurgitación del tejido e-  
réctil de la misma, un estado irritativo de la pituitaria por causas ex-  
teriores (acción del frío, polvillo irritantes) cuerpos extraños etc.  
Los fenómenos reflejos consistirán en estornudos espasmódicos, rino-hi-  
drorrea, rubicundez de la piel de la nariz, los cuales nos indicarán de  
un modo patente su origen, especialmente cuando no van acompañados de  
otras manifestaciones en los órganos vecinos ó alejados. En presencia de  
tales circunstancias podremos prescindir en muchas ocasiones de practi-  
car prueba alguna para afianzar el diagnóstico, pudiendo afirmar sin te-  
mor alguno que se trata de reflejos nasales.

No sucede lo propio en los casos correspondientes al segundo grupo,  
puesto que en ciertas ocasiones las manifestaciones nasales son tan exi-  
guas que desvian nuestra atención, la cual se fija tan solo en aquellos  
síntomas que ofrecen otros órganos y que no llegamos á apreciar en sus

relaciones con las cavidades nasales. En estos casos, el diagnóstico de reflejo nasal no acude en nuestra mente hasta que, mas tarde y cuando nos damos cuenta exacta de la inutilidad de nuestros esfuerzos relativos al tratamiento empleado y de la falta de explicación satisfactoria de aquellos fenómenos, se nos ocurre pensar en que quizás se trate de accidentes reflejos cuyo punto de origen se halle en otros órganos, especialmente en las mucosas de las regiones faringéas, laringéas; nasales (Riquer y Casadesús). En este último caso, que es el mas frecuente, nuestro examen deberá dirigirse á las cavidades olfatorias.

Sin embargo, y según ha manifestado varias veces en el trascurso de esta Tesis, si procedemos con detenimiento y fijamos un poco mas nuestra atención, observaremos ya al cabo de cierto tiempo, algunos signos por parte de la nariz que nos inducirán á conceder una relación mas ó menos estrecha de éstos con los que hasta entonces habian ocupado nuestro estudio. En efecto, sabemos por lo ya expuesto en la sintomatología, que

los accesos del asma nasal comienzan por fenómenos nasales (cosquilleo intra-nasal, estornudos) y que la epilepsia nasal ofrece un aura de este tenor (picores, hormigueo, sensaciones olorosas alucinatorias etc). .

Así pues, y una vez practicado el examen minucioso correspondiente á los órganos en los que se presentan los accidentes que primitivamente han sido objeto de nuestras miras, dirigiremos la exploración á la de las cavidades olfatorias, con el fin de dilucidar el diagnóstico.

El tercer grupo que de los reflejos nasales he establecido para sentar el diagnóstico, se refiere á aquellos trastornos que se presentan en los órganos alejados de las fosas nasales cuando aparecen juntos con los que se producen en la nariz y ofreciendo la misma naturaleza refleja de estos. La confusión en estos casos, dependerá de la falta de relación que creamos existente entre las manifestaciones rínicas y los fenómenos á distancia, lo que nos inducirán á tratar separadamente los diversos

síntomas, en cuyo caso solo conseguiremos hacerlos desaparecer, si nuestra terapéutica ha empezado por la afección nasal concomitante.

En todas las circunstancias expuestas, para cerciorarnos de nuestro diagnóstico ó para esclarecerlo oúdiremos á varios procederes exploratorios que reduciré á dos, como mas importantes: 1.<sup>a</sup> Prueba con el estilete. 2.<sup>o</sup> Prueba con la cocaína.

Prueba con el estilete- (1) Consiste en excitar mediante uno de los extremos de tan sencillo instrumento todas las regiones nasales accesibles á su contacto recorriendo por modo sucesivo las superficies de las partes enfermas y sanas, y ejerciendo presiones sobre diversos puntos

(1) Utilizamos este instrumento como agente explorador por la comodidad de su manejo y por ser el que mas se emplea en esta clase de experiencias. Tambien podemos servirnos de una sonda nasal.



de las mismas en busca de zonas mas ó menos circunscritas que puedan ser origen de fenómenos reflejos. Si se trata de pólipos, se removerán en todas las direcciones que permita su base de inserción y comprimiendo con el mismo estilete los puntos de implantación en la mucosa (2). En caso de espolones del tabique que se hundan en los cornetes, apoyaremos fuertemente el instrumento al nivel de las superficies puestas en contacto. Así mismo procederemos, cuando existan sinequias entre la mucosa de las conchas y la del septum. Si la lesión consiste en hipertrófias difusas de los cornetes, verificaremos una escursión con el estilete por toda la región inflamada sospechosa, hasta encontrar, si existe, alguna

-----

(2) Puede tambien verificarse esta exploración mediante estiramientos de dichas tumores valiéndonos de ~~unas~~ pinzas nasales ordinarias.

zona fija capaz de provocar fenómenos reflejos, cuando se la excita. Del mismo modo practicaremos la prueba aún cuando las fosas nasales no ofrezcan lesión alguna aparente, ya que podemos hallar algún punto circunscrito dotado de una hiperexcitabilidad bien manifiesta (zonas hiperestésicas).

El resultado de todas estas exploraciones puede ser positivo ó negativo. Cuando la experiencia verificada, da lugar á fenómenos reflejos, estos reproducirán el trastorno que primero había llamado nuestra atención. Entonces podemos aventurarnos á sospechar que la causa de éste se halla en las fosas nasales y que por lo tanto se trata de un accidente reflejo de origen nasal. También puede suceder que mediante la prueba del estilete, aparezcan otros fenómenos reflejos junto con los ya observados, lo que indicará un estado hiperestésico latente de los órganos nasales normales ó alterados patológicamente, que solo se han hecho patentes en virtud de una excitación artificial.

Para asegurar mas el diagnóstico recurriremos entonces á la contrapueba ó sea la prueba con la cocaína, de la cual hablaremos inmediatamente.

Si todas las experiencias citados dan un resultado negativo, esto es, si no se produce fenómeno reflejo alguno, en estas circunstancias podemos dudar de la existencia de reflejos de origen nasal, especialmente después de algunas sesiones exploratorias repetidas. Entonces, nos queda aun otra prueba diagnóstica, al intento de desganecer todas las dudas. Y es la siguiente.

#### PRUEBA DE LA COCAINA.-

Se funda en el poder anestésico y descongestionante que dicho alcaloide ofrece, especialmente cuando se le aplica en la superficie de las mucosas. La primera propiedad es la que utilizamos de preferencia para la exploración diagnóstica de los reflejos que estudiamos.

Se emplea generalmente en solución acuosa al 1/10, al 1/20 ó al 1/50, embadurnando con un pincel las regiones correspondientes á la lesiones que encontremos en las fosas nasales (pólipos, sínequias, espolones, espigas, espesamientos y desviaciones del tabique), ó bien anestesiando de un modo sucesivo é intermitente, <sup>por zona</sup> zona todas las superficies de la membrana de Schneider en caso de alteraciones inapreciables de la rima. Se espera despues algunos minutos para observar los fenómenos que hayan de producirse.

Si cuando hemos aplicado la cocaína, el enfermo presentaba trastornos reflejos, estos quedarán inhibidos en el que caso de que su origen radicare en la nariz, siendo entonces patente el diagnóstico de reflejo nasal. Excitando entonces con el estilete el punto anestesiado y antes de desvanecerse la acción de la cocaína, no debe originarse ninguna manifestación refleja, lo que afianzará mas el diagnóstico.

Mas, si la cocaína no logra impedir que se presente el fenómeno del

que se sospecha su naturaleza refleja, ó si ya existiendo éste, no desaparece, debemos alejar de nuestra mente la idea de reflejo fisiológica, lo que nos conducirá á verificar un ~~examen~~ detenido de los órganos en los cuales habíamos observado las manifestaciones patológicas cuyo origen intentábamos hallar en la nariz.

Por otra parte, es evidente que si no vemos lesión alguna nasal y la prueba con el estilete es negativa, puede prescindirse en muchos casos de verificar la exploración cocaínica. En cambio, si la lesión nasal es bien manifiesta, deberá ejecutarse esta prueba, aunque con aquel instrumento no obtengamos efecto alguno al excitar con él la pituitaria.

En el caso de que los reflejos propios de la nariz guarden relación estrecha con los que ofrecen los órganos distantes, el proceder exploratorio con el estilete reproducirá ó exaltará todos ellos. Así mismo,

el empleo de aquel alcaloide destruyendo la hiperexcitabilidad nasal, dará lugar á la desaparición de los mismos, tanto los que sean visiblemente nasales, como los originados por acción refleja en los órganos alejados.

Otro proceder exploratorio de caracter especial es el que se refiere al uso de las sustancias olorosas cuando el accidente reflejo se deriva de una alteración sensorial del órgano olfatorio, la cual habremos ya averiguado por los datos que el paciente nos suministre. Como dicha anomalía, en estos casos, consiste en una exaltación de la sensibilidad para los olores, emplearemos la sustancia olorosa que el mismo enfermo nos indique sea la que le produce manifestaciones reflejas; de este modo podremos practicar un ensayo con aquella para saber si verdaderamente los fenómenos que presentaba el sujeto, eran debidos á un estado patológico de la región olfatoria de las fosas nasales. También nos valdremos de la cocaína insensibilizando la hendidura olfatoria y explo-

rando luego por medio del cuerpo oloroso correspondiente, ú otros que quizás sean susceptibles de engendrar el mismo trastorno. En un caso expuesto por Joal, la esencia de menta daba lugar á una afonía refleja con caracteres alarmantes. El mismo efecto producía la esencia de manzanas (1).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Los reflejos de origen nasal ofrecen ciertas semejanzas con algunos síntomas importantes residentes en otros órganos, con los cuales pueden confundirse. Para la distinción diagnóstica estableceré dos órdenes de fenómenos.

1º Manifestaciones reflejas cuyo punto de partida se halla en los órganos peri-nasales.

-----

(1) Joal (de Mont-Doré)- Revue Hebdomadaire de Laryngologie, Rinol, etc, 1896 - N° 35 Paris.

2º Síntomas ó afecciones que ninguna relación guardan con fenómeno reflejo alguno, sea cual fuere su procedencia.

Al primer grupo corresponden una serie de fenómenos de naturaleza refleja que ofrecen caracteres idénticos con las que se producen en la misma nariz y que sin embargo no es en ésta donde tienen su sitio de origen. El velo del paladar, amígdalas (A. Ruault), base de la lengua, faringe y laringe (Roquer y Casadesús) son otras regiones cuya excitación artificial ó mediante alteraciones orgánicas puede dar lugar á accesos de tos y asma, principalmente. Los casos expuestos por los autores citados consistían en hipertrofias de las amígdalas y de la tonsila lingual y en hiperestesias considerables de los pilares palatinos y de la úvula: la irritación provocada de estas últimas partes de faringe y la producida espontáneamente en aquellas afecciones, daba lugar á accesos de tos convulsiva ó de asma.



Ahora bien, si sospechamos que tales manifestaciones sean reflejas y practicamos el examen y exploración nasal, es muy posible que no encontremos lesión orgánica ni zona hiperexcitable alguna en el aparato olfatorio que pueda explicar aquellos trastornos. Entonces debemos pensar en la existencia de otros puntos de partida del reflejo, el cual derivarán de la laringe ó faringe, cuyos órganos examinaremos detenidamente, sin no lo habemos ya hecho antes. La prueba con el estilete y con la cocaína ejecutada sobre los mismos, de un modo análogo al expuesto para las fosas nasales, nos desvanecerán todas las dudas. Puede darse también el caso de que á los reflejos de origen faríngeo, laríngeo, etc, se unan á la par otros de procedencia nasal. Para separarlos, no hay mas que verificar exploraciones sucesivas de estos órganos mediante los mismos medios indicados. De este modo sabremos á que atenernos para formular un diagnóstico-exacto.

En el segundo grupo, incluiré algunas afecciones y síntomas que guardan cierta semejanza con los fenómenos reflejos de origen nasal, faríngeo ó laríngeo y que no obstante nada tienen que ver con ellos. Los mas importantes son el asma esencial ó espontánea, la tos derivada de trastornos producidos en las vías respiratorias inferiores, las jaquecas neuralgias, epilepsia, histerismo, vértigos, lagrimeo y otros que solo presentan algunos puntos de parecido con los que derivan de la nariz.

Por parte del asma, ya hemos dicho en otra ocasión que el modo de comenzar sus accesos cuando la causa se halla en las fosas nasales, nos indica ya su procedencia. Conoceremos, pues, el asma reflejo nasal por ciertos signos que se separan algún tanto de los genuinamente torácicos que se presentan en el asma ordinario. Una observación atenta del paciente, durante los períodos intercríticos, nos descubrirá cierto grado de obstrucción nasal que se manifiesta especialmente por su respiración di-

ficultosa por la nariz, aumentando aquella cuando el individuo afectado ejecuta grandes esfuerzos ó al subir una escalera, viéndose obligado á mantener la boca abierta con el fin de inspirar la cantidad de aire que no sería suficiente, su paso por las fosas nasales, para llegar al pulmón.

Además, los accesos del asma nasal aparecen muchas veces durante el día y bajo la influencia de pequeñas causas (cambios bruscos de temperatura, la acción de polvos irritantes). Estos últimos caracteres permiten diferenciarle del asma ordinario ó bronquial. Así mismo, al tratar de la sintomatología, ya expuse algunos caracteres, especialmente referentes á los fenómenos nasales, que coadyuvan á sentar el diagnóstico diferencial. Por otra parte, los signos estetoscópicos del asma de causa rínica: la mayoría de las veces son poco ostensibles, consistiendo únicamente en algunos crujidos y estertores sibilantes, sobre todo cuando el enfermo

sufre desde larga fecha una disnea mas ó menos intensa (Moritz-Schmidt). La espectoración es escasa ó nula.

El resultado del exámen torácico, en estas últimas circunstancias, puede dar lugar á errores respecto á la verdadera causa de dicho trastorno respiratorio. La rinoscopia y los procedimientos exploratorios desvanecerán nuestras dudas, si acertamos á sospechar la procedencia nasal de aquel, de un modo especial después del tratamiento que hubiere sido necesario ejecutar, el cual dará favorable éxito si realmente se trataba de un reflejo de origen nasal.

Por último, si recurrimos á la prueba con el estilete veremos que no se produce alteración alguna, caso que se trate del asma esencial, para cuya comprobación exploraremos mediante la coquina, la cual dará tambien resultados negativos. En cambio ocurrirá todo lo contrario si dicha afección respiratoria obedece á una alteración de los órganos na-

sales.

Respecto á la tos refleja nasal, practicaremos el exámen laríngeoscópico. Si la causa se halla en la misma laringe, por una irritación directa, observemos <sup>ar</sup> lesiones suficientes para explicarnos dicho fenómeno. Del mismo modo, en los casos que éste sea un síntoma de afecciones bronquiales ó pulmonares, el cuadro morbosó propio de estas y los signos torácicos de las mismas, alejarán nuestras dudas, puesto que la tos nasal no ofrece síntomas de pecho.

Además, lo mismo que el asma, la tos de origen nasal vá casi siempre precedida de algunos fenómenos de localización en la nariz (estornudos, cosquilleo) que serán una guía segura para esclarecer el diagnóstico. La irritación artificial de las lesiones de la pituitaria ó de las zonas productoras del reflejo y la prueba con la cocaína, serán un medio eficaz respecto al mismo objeto.

El lagrimeo reflejo de origen nasal se presenta con caracteres negativos respecto á las lesiones de las vías lagrimales y rebelde á todo tratamiento ocular. En esta última circunstancia se impone el examen detenido de las fosas nasales y la exploración con el estilote, especialmente cuando las inyecciones pasan sin obstáculo por el canal nasal, así como la sonda de Galezowski.

Pero por poco que fijemos la atención, nos daremos cuenta al momento que aquella exagerada secreción lagrimal va acompañada de otros síntomas ligados con un estado catarral de la pituitaria, produciendo aumento de secreción del mucus nasal y estornudos repetidos, cuyos fenómenos nos inclinarán al examen de las cavidades olfatorias. Sabido es que la obstrucción ó atresia del conducto nasal ~~acaba~~ el escape del humor lagrimal al exterior: pero entonces no ~~constituye~~ ya un reflejo, es solamente una complicación, una propagación ascendiente de un estado in-

flamatorio de la membrana de Schneider hacia las vías lagrimales, ó vice-versa, dicha obstrucción puede ser originada por una inflamación por continuidad, de caracter descendente, estando la causa primera en el campo ocular.

Para que deba considerarse como fenómeno reflejo al lagrimeo es necesario, pues, que se halle desprovisto de lesión alguna el conducto lacrimo nasal, así como las distintas partes de dicha vía. Si en tales circunstancias se produce la epífora, no puede haber duda alguna de que se trata de un reflejo de origen intra-nasal.

La epilepsia esencial cabe también distinguirla de la epilepsia refleja nasal, aunque no siempre es posible. Cierta probabilidad diagnóstica podremos conseguir si nos es dable observar un ataque que vaya precedido de un aura nasal (obstrucción, cosquilleo, picor, casosmia subjetiva). En caso contrario, y si el resultado del tratamiento específico

de dicha neurosis es completamente negativo, será preciso establecer un diagnóstico por exclusión. La epilepsia acústica (1) se diferenciará de la nasal por los síntomas auditivos que la acompañan (disminución del oído, zumbidos, obstrucción tubárica), los cuales suelen desaparecer mediante la insuflación de aire en la caja timpánica (método de Politzer, cateterismo). En cuanto á los ataques epilépticos producidos por vermes intestinales, cólicos hepáticos, nefríticos, etc, se atenderá al examen de los aparatos y órganos respectivos y á los antecedentes nosológicos. La excitación intra-nasal por medio del estilete y la analgesia cocaínica

-----

(1)- Epilepsie de l'oreille comparée aux autres épilepsies, par le Dr. Boucheron. Communication faite à la Société d'Otologie et de Laringologie dans la séance du 30 Avril 1888) -- Paris 1888.



ca serán buena guía para soliviantar nuestras dudas.

Los ataques históricos son tan semejantes á las manifestaciones hísticas de procedencia nasal que resulta un verdadero problema conocer las diferencias.

Nos queda el recurso de remontarnos á las causas ó antecedentes hereditarios, pero tropezamos también con la identidad etiológica, originándose confusiones lamentables. Sabida es la obscuridad en que se halla el conocimiento de las lesiones orgánicas capaces de explicar la múltiple variedad de los fenómenos que ofrece dicha neurosis, aparte de las zonas histerógenas estudiadas por Charcot y otros autores. Ahora bien, ante un caso de histeria, mejor dicho, en presencia de un sujeto atacado de esta enfermedad, podremos provocar el ataque por medio de la compresión ejercida al nivel de aquellas zonas (región ovárica, ángulo escapular, apéndice xifoides, etc.) Si el ataque no se presenta en estas condiciones,

debe sospecharse la existencia de otras zonas histerógenas localizadas en las fosas nasales. Practicaremos pues el exámen rinoscópico y posiblemente descubriremos una lesión nasal determinada, á cuyo nivel se hallará alguna región hiperexcitable capaz de originar la manifestación neurósica.

También es posible no encontrar nada anormal en las cavidades olfatorias. En ambos casos, recurriremos, entonces, á la exploración con el estilete y la cocaína en busca de zonas histéricas, mediante cuyos procedimientos estallará el accidente reflejo ó impedirá su desarrollo, respectivamente. A nuestro entender, es del todo indispensable practicar una buena rinoscopia y las exploraciones indicadas, en todos los casos de histerismo, aún en aquellos en los que se ha provocado el fenómeno histérico, cualquiera que sea éste, por medio de la compresión de las zonas de Charcot y Rosenthal. Así lo exige la existencia de casos de esta naturaleza curados mediante el tratamiento nasal (Lichtwitz, Roquer y Casadesús). Inútil es

manifestar la necesidad de un diagnóstico preciso, lo que evitará tratar con cauterizaciones nasales inútiles una lesión ó zona que ninguna relación guarda con los tan complejos fenómenos de la gran neurosis antedicha.

Las jaquecas y las neuralgias del trigémino cabe distinguirlos de las producidas por una acción refleja derivada de la nariz. La jaqueca frontal se presenta generalmente en virtud de la propagación de un estado inflamatorio ó congestivo de la pituitaria hacia los senos frontales, por una irritación de los nervios sensitivos de la membrana que tapiza dichas cavidades: no debe pues ser considerada como refleja. Para que esto ocurra, es necesario que no exista alteración alguna de la mucosa frontal. De modo que en los casos de frontalgias consecutivas á un coryza agudo y en todos los estados que se acompañan de una hinchazón del tejido eréctil nasal ó una congestión marcada de la mucosa, no repunteremos aquella neuralgia como efecto de un acto reflejo que se origina en las fosas nasales. En cambio, si éstas no ofrecen lesión alguna aparente ó si la afección

consiste en deformaciones del esqueleto nasal, espinas del tabique, sinequias, etc; y en general, en todas aquellas alteraciones que no se traducen por un estado inflamatorio notable de la pituitaria, entonces el diagnóstico de jaqueca refleja presenta más visos de verosimilitud ó de certeza.

Las presiones ejercidas con el estilete al nivel de las espinas, sinequias, etc. exaltará ó recrudecerá el síntoma sensitivo. La exploración mediante la cocaína no es muy segura, puesto que en virtud del poder rápido absorbente de los capilares intra-nasales, la acción anestésica de dicho alcoholido se ejercerá también al nivel de la mucosa que reviste los senos frontales, cuya consecuencia será la desaparición ó atenuación del dolor de la frente. Esto daría lugar á error, por cuanto sucedería lo propio en los casos de sinusitis frontal.

Respecto á las diversas formas de vértigo (auricular, gástrico, ce-

rebeloso, uterino, etc.) no hay grandes dificultades para hacer distinciones con el vértigo nasal. El síndrome de Menière vá acompañado de fenómenos auditivos (sordera, zumbidos, y vértigo que se produce cuando se exacerban las lesiones auriculares) que raramente se observan en el accidente vertiginoso de origen nasal, salvo que haya coincidencia sintomática como el caso de A. C. H. Moll (1). Además, la exploración otoscópica denunciará alguna afección acústica (otitis medias catarrales ó supuradas, esclerosis, catarro tubárico, pólipos, fungosidades, etc.). Tendrá también importancia el conocimiento de las causas (traumatismos, insuflación brusca de aire en la Trompa de Eustaquio). Por otra parte, el cuadro sindrómico no es muy parecido al del vértigo de la nariz; en aquel, además de los

-----

(1) Causes et traitement de la maladie de Menière - Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc. Paris - T. XXVI - N° 12 - Décembre 1900.

síntomas óticos, los vértigos suelen ofrecerse con un grado de complicación que no poséo éste y que creo inútil describir. Finalmente, conviene tener muy en cuenta, para el diagnóstico, saber con precisión si la trompa de Eustaquio es asiento de alguna lesión consecutiva á una propagación por continuidad de tejido, procedente de un estado inflamatorio intra-nasal, pues en caso afirmativo el vértigo podría ser de origen auricular, de lo cual nos convendremos dirigiendo nuestro exámen hácia el órgano del oído. En cuanto á los vértigos gotoso, diabético, cerebeloso, anémico, traumático, tóxico, etc. presentan una etiología bastante característica y acompañan á los estados morbosos que les originan. Empléese, para salir de dudas, el estilete y la cocaína.

**CURSO, DURACION Y TERMINACIONES.**

**天0蚕0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄0弄**

El curso de los reflejos de que tratamos, es variadísimo, por lo que se desprende de la diversidad de síntomas y lesiones ya descritos. Puede ser: continuo cuando las lesiones nasales se hallan definitivamente constituidas y la causa productora actúa, por lo tanto, de un modo constante (espinas del tabique, cuerpos extraños y parásitos intra-nasales, dando lugar á neuralgias y cefalalgias); é intermitente cuando el agente etiológico presenta este carácter ó las lesiones son momentáneas pero repetidas (rubicundez de la piel de la nariz, obstrucción pasajera de las fosas nasales, reflejos olfatorios); los intervalos oscilan desde una proximidad

dad exagerada en ofrecerse el mismo fenómeno (algunos casos de ataques epilépticos y asmáticos) hasta sus más extensas y amplias distancias (asma de heno ó rinitis espasmódica). Otros no ofrecen periodicidad determinada (rino-hidrorrea, rubefacción cutánea nasal, tos, asma, vértigo) y siendo los intervalos muy irregulares. Algunos reflejos ostentan periodos de exacerbación y de atenuación (estornudos, rino-hidrorrea, lagrimeo, trastornos genitales, psíquicos que dependen de diversas condiciones y causas (estado atmosférico, emociones fuertes, enfermedades recurrentes, coito, sustancias olorosas etc.). Finalmente, respecto de las primeras apariciones de estos accidentes, veremos algunos que empiezan sorda y lentamente (cefalalgias, neuralgias, afonía, obstrucción nasal pasajera) lo que expresa el desarrollo insidioso de la lesión nasal productora (rinolitos, hipertrofias, sinequias próximas á formarse); y otros que aparecen de un modo brusco, instantáneo ó en poco tiempo (estornudos, lagrimeo, rinorrea,



trastornos genitales, ataques epilépticos, catarro de henna) cuya causa principal consiste en traumatismos, intervenciones quirúrgicas y cicatrices viciosas en las fosas nasales.

La duración es también muy variable. Cuando el paciente no se preocupa de su dolencia, ó el médico no acierta á practicar un exámen detenido de las fosas nasales de aquel, ó no se decide á tratar la lesión causante por los medios adecuados, el trastorno reflejo puede hacerse indefinido. En cambio, es posible limitar la duración con una buena terapéutica nasal, y siempre que por circunstancias especiales, desaparece la afección rínica espontáneamente. La mayoría de estos reflejos no son de larga duración (alteraciones funcionales, útero-ováricas, lagrimeo, tics, neuralgias, vértigos, rino-bronquitis espasmódica); pero existen algunos bastante persistentes que llegan á durar años enteros (asma, tos, rinorrea, convulsio-

nes epiléptiformes, cefalalgias, trastornos psíquicos).

En cuanto á las terminaciones dependen del grado de intensidad de la dolencia, de la eficacia ó rebeldía del tratamiento y de los cuidados post-operatorios. Un individuo afecto de asma nasal, que abandone el tratamiento rinológico ó que se halla sujeto á una terapéutica puramente sintomática, puede seguir asmático durante muchos años y sufrir complicaciones por parte del pulmón, irremediables, como el enfisema pulmonar, que es, muchas veces, la terminación más frecuente de aquel trastorno bronquial. Las psicopatías y ciertas neuralgias y cefalalgias difíciles de combatir dan lugar, á veces, á un malestar indefinible y á tan terribles sufrimientos, que pueden conducir á la locura, á la hipocondría y hasta al suicidio.

### PRONOSTICO.

\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:\*:

En general, no es grave en el sentido de que los expresados reflejos puedan comprometer la vida del enfermo.

Depende, además, de diversas circunstancias:

1.<sup>a</sup> † De la institución de un diagnóstico exacto y en cierto modo precoz, sin el cual, y en caso de error, el tratamiento será inseguro ó equivocado y, por lo tanto, perjudicial é ineficaz.

2.<sup>a</sup> - De la fecha del padecimiento, puesto que si data de días ó semanas es más posible augurar una curación inmediata que si la dolencia procede de largo tiempo há; pues en este último caso el sistema nervioso crea, por decirlo así, cierto hábito reflejo poco favorable para el pa-

ciente, cuyo resultado es un tratamiento lento, penoso y pacienzudo.

3.<sup>a</sup> - De la importancia de la lesión nasal originaria. Una lesión crónica, rebelde al tratamiento, ó de resultados poco ciertos, dará lugar á un pronóstico reservado y sólo será posible atenuar ó disminuir la intensidad del accidente reflejo en cuestión. Todo lo contrario ocurrirá si la afección rínica se puede combatir con medios seguros y fáciles de ejecutar.

Respecto de la intensidad y frecuencia del fenómeno reflejo que observemos, no puede servirnos de guía alguna, como algunos han supuesto, puesto que muchas veces un trastorno de esta índole que se presenta con caracteres poco ostensibles y muy de tarde en tarde, ofrece suma rebeldía; mientras que grandes manifestaciones reflejas y á menudo repetidas, desaparecen en poco tiempo mediante sencillas intervenciones. Sabemos ya la desproporción entre la lesión nasal y los trastornos reflejos que provoca.

El estado general del enfermo merece también fijar la atención. He dicho antes que existe una predisposición neuropática en los individuos que presentan accidentes de naturaleza refleja. Así pues, el pronóstico variará según el grado de exaltación nerviosa del sujeto. En un paciente muy irritable y de fácil impresionabilidad, la orientación pronóstica se inclinará hacia la duda ó cuando menos no podremos aventurarnos en declarar su curación completa, ni si repetirán los trastornos nerviosos rino-genéticos.

## TRATAMIENTO

Siendo tan numerosas y variadas las lesiones nasales causantes de los trastornos reflejos que estudiamos, es de suponer la diversidad de medios que requiere su terapéutica. El tratamiento estará supeditado á la índole de las alteraciones que hayamos observado mediante el examen rinoscópico.

Ante todo debemos instituir un tratamiento profiláctico. Este se reserva principalmente para los individuos expuestos á recibir excitaciones intra-nasales. Se procurará alejarles de la causa irritativa (atmósfera pulverulenta, corrientes bruscas de aire, emanaciones olotíferas). Deberá advertírseles lo perjudicial de la costumbre de oírlos sujetos de sonarse muy fuerte, y repetidas veces, así como de la no me-

nos inconveniente de introducirse los dedos en el vestíbulo nasal, para limpiarse de las concreciones de moco, como ocurre en muchos niños y en algunos adultos. En ciertos casos se proscribirá el uso del tabaco. Es muy posible que de este modo se observe una notable disminución de los reflejos, y si no desaparecen del todo, será necesario emplear los procedimientos locales (1).

Estos se proponen devolver á las fosas nasales su normalidad, y por lo tanto consistirán en resecciones, extirpación de pólipos, caute-  
-----

(1) Creo inútil consignar que no he exponer cada uno de los tratamientos correspondientes á la afección nasal originaria, pues se hallan todos bien descritos en las obras de Rinología, y además sería tarea extensísima é inoportuna detallarlos dentro de los estrechos límites de esta humilde Tesis.

rizaciones, etc.

Los que consideraron á los cuerpos cavernosos de los cornetes nasales como causa provocatriz de las neurosis reflejas (Hack, Baratoux, Hering) recomendaron la destrucción del tejido eréctil de la mucosa mediante cauterizaciones químicas ó galvánicas. De este modo surgió un breve período durante el cual el ácido crónico, el ácido acético, el cloruro de zinc, el ácido tricloro-acético, el nitrato argentino y el gálvano-cauterio estuvieron muy en boga quemando pituitarias tumefactas, y llegando hasta los límites de la exageración, como lo comprobaron algunos casos poco afortunados, de resultados negativos ó de recrudesencia de los síntomas reflejos. Mas, actualmente, aquel procedimiento operatorio ha quedado en su justa medida, usándose unicamente despues de haberse formulado un diagnóstico exacto, y limitando la destrucción de la mucosa solo á sus capas superficiales y sin la supresión completa



del tejido cavernoso, hecho que ya había anunciado Schmaltz al exponer que la destrucción de la capa epitelial bastaba en algunas ocasiones para obtener una notable disminución de los accidentes reflejos ó su desaparición total.

Conste, pues, que no es absolutamente necesaria la destrucción de los espacios cavernosos de la membrana de Schneider, puesto que las intervenciones aplicadas sobre el tabique en donde no existe tejido eréctil (Herzfeld), ó cuando menos en cantidad inapreciable (Bresgen, Ziem), dan también resultados satisfactorios. Otro hecho en contra del método de Hack es el que se refiere á la nó desaparición de los trastornos reflejos ó á la exacerbación de los mismos en algunos casos, después de la aplicación del galvano-cauterio sobre toda la trama cavernosa de los cornetes.

Esto no indica que el procedimiento deba rechazarse en absoluto.

Pero es preferible valernos de las cauterizaciones superficiales, suficientes para restablecer la permeabilidad de las fosas nasales y dejar la mucosa en su grosor normal todo lo posible.

A pesar de ello, nosotros, sin intento alguno de abandonar las ideas de Hack, no nos inclinamos á estas intervenciones quirúrgicas para traumatizar una mucosa exenta de lesión real y cuya alteración consiste únicamente en una dilatación de sus espacios cavernosos. A nuestro entender, esta anormalidad no ofrece importancia, ni gravedad alguna para que tenga de recurrirse á hacerla desaparecer mediante prodaderos de esta clase. De esta suerte, preferimos aquellos agentes capaces de provocar acciones vaso-constrictoras o esquelantes locales<sup>•</sup> á fin de desingurgitar el tejido cavernoso, como son la mayoría de los astringentes (ácido tánico, cocaína, adrenalina, hazelina, hemossina) aplicados por medio de pincelaciones, torundas de algodón ó en forma de gotas. De este modo no se ejerce traumatismo quirúrgico alguno,

la mucosa permanece normal en cuanto á lesiones propias, y se logra hacer desaparecer la turgesencia y subsiguientemente los fenómenos reflejos á que daba lugar.

Ahora bien, cuando la tumefacción de la pituitaria en virtud de la distensión de las lagunas cavernosas de la misma, es muy considerable y permanente, y no desaparece por los medios anteriores, entonces se deberá acudir á los caústicos ya sean térmicos ó químicos, sobre todo estos últimos (ácido crómico, ácido tri-cloro-acético, nitrato de plata, cloruro sódico). Cuatro ó cinco aplicaciones intra-nasales de ácido crómico, bastan muchas veces para destruir la tumefacción de aquella membrana.

Finalmente, recurriremos como última ratio á la galvano-cauterización cuando los anteriores procedimientos hayan fracasado, y sea fácil sospechar lesiones intrínsecas de la mucosa nasal.

Al llegar á este punto, es necesario consignar que dicho tratamien-

to galvano-cáustico es el que mas á menudo empleamos y hemos visto emplear en las clínicas, contra la mas frecuente de las afecciones nasales productoras de manifestaciones reflejas: cual es la rinitis hipertrófica ó crónica, como llevamos dicho al tratar de la etiología.

Según he hecho notar, no me es posible, en este capítulo, dar una descripción detallada del tratamiento de las rinopatías citadas en el transcurso de este trabajo; pero, por lo expuesto en el párrafo precedente, es de comprender la importancia que reviste el conocimiento de la terapéutica de aquella enfermedad.

Procuraré resumir. Las cauterizaciones galvánicas se efectúan en varias sesiones, según el grado hipertrófico de la mucosa. Aparte de la cauterización en extensión, poco eficaz por la escasa destrucción Schneideriana; y de la ignipuntura, en que se hace penetrar debajo de la mucosa la punta del cauterio y expone á hemorragias y procesos infecciosos

vecinos; el procedimiento por excelencia es la cauterización líneal. Se ejecuta con un cauterio cultelar que puede ser de diversas formas; la mas común es una lámina saliente aplanada verticalmente que viene á ser un ensanchamiento lateral de un anillo prolongado, cuyo otro lado está cubierto de cobre ó marfil para proteger el septum (puede escogerse el modelo Botey). El modus operandi es el siguiente: se introduce el cauterio frío hasta llegar á la faringe; se busca, lo que es fácil, la extremidad posterior del cornete inferior (que es el mas á menudo atacado) y se aplica en este punto la lámina del cauterio; se hace pasar la corriente y se recorre toda la extensión de la concha de atrás hacia adelante hasta llegar á la extremidad anterior de esta. Así se obtiene una faja ó banda cauterizada que comprende toda la extensión del cornete. Se pueden trazar, si es preciso, otras rayas paralelas á la primera por encima y debajo de ésta. Se ha recomendado que la cauterización sea profunda

llegando hasta el hueso (Lermoyez). Pero no siempre es indispensable, como tampoco la repetición de las sesiones, pues en ciertos casos, á la segunda ó tercera aplicación, se logra hacer desaparecer los fenómenos reflejos; pero si estos vuelven á presentarse, se ejecuta nuevamente dicho tratamiento. Los cuidados post-operatorios no ofrecen nada de particular: irrigaciones antisépticas, baños salinos tibios, etc. Lo que se debe evitar es la adherencia de la superficie eruenta del cornete con algún punto del tabique, porqué pudiera ser fuente de nuevos reflejos; pero dicha complicación, debida en primer lugar á la poca pericia del operador ó á movimientos bruscos del paciente durante la operación, y en segundo término al abandono de las curas consecutivas, es fácil de evitar mediante una inmovilización absoluta del enfermo y un conocimiento perfecto de lo que el médico practica. En cambio, si es el enfermo quien no se cuida de acudir al rinólogo para el tratamiento post-opera-

torio, el mal ya es mas difícil de evitar. Mas adelante volveremos sobre esta cuestión. Inútil es decir que la intervención quirúrgica va precedida de la anestesia cocaínica local.

En los casos de pólipos mucosos, el tratamiento radical es la ablación mediante el asa fría ó caliente, las tigas, y todos los procedimientos corrientes y ordinarios, que no he de citar. El objeto principal es desembarazar las fosas nasales de aquellas masas irritantes y obstruyentes; cuyo resultado, además de la desaparición de los síntomas directos locales, es la curación ó disminución notoria de los accidentes reflejos. Contra las deformaciones del esqueleto nasal, crestas, espigas y desviaciones del tabique, las sinequias, las exortosis, etc, emplearemos las tigas, las gubias, el enderezador de Delstange, los canotomios, las espátulas (Botey) las sierras de Bosworth, el trépano, practicando resecciones, incisiones, etc, á fin de devolver á los elementos

ósees su estado habitual, suprimiendo de esta modo toda congestión, irritación, estenosis y atresias patológicas de reflejos.

Los cuerpos extraños y sus enquistamientos calcáreos (rinolitos), se tratarán por medio de las duchas de aire, de agua, las espátulas -cocharillas, las pinzas acodadas, en algunos casos, el aprieta-mudos, los ganchos, la extracción por las coanas empujando el cuerpo hacia estos orificios, la trituración mediante unas pinzas fuertes (las de Haymann, por ejemplo) ó la extracción por una abertura artificial al nivel del surco naso-geniano. El medio mas eficaz, cuando es factible, es valerse de los ganchos. A los parásitos intra-nasales se les matará primeramente con el cloroforme puro en inhalaciones, ó en irrigaciones con agua cloroformada, soluciones de sublimado (1/2000), de ácido fénico (1/100); una vez muertos, se les arrastrará al exterior por medio de irrigaciones antisépticas practicadas con mas ó menos fuerza. Si estas procederes son



ineficaces debe recurrirse á la trepanación del seno frontal, en cuyas cavidades suelen penetrar las larvas.

Finalmente, las vegetaciones adenoides del espacio naso-faríngeo, requieren procedimientos operatorios especiales que consisten en la extirpación por la vía bucal, valiéndonos de las pinzas de Loewenberg-Weekes y las curetas de Moritz-Schmidt. La anestesia local y la hemostasia preventiva, se logran mediante la solución cocaino-adrenalinica; y la anestesia general, con el cloroformo ó el bromuro de etilo.

Si los trastornos reflejos son debidos á zonas latentes hiperestésicas de la pituitaria, sin lesión aparente, se aconsejan las cauterizaciones al nivel de la zona sospechosa. Primeramente se requiere un diagnóstico muy preciso de la localización del segmento hiperexcitable, lo que lograremos con el empleo del estilete y la exploración cocainica. Una vez seguros de la existencia de dicha zona y del sitio que ocupa,

aplicaremos sobre ella un cauterio plano procurando que la cauterización no sea muy profunda; basta á veces, solamente, rozar la capa superficial de la mucosa. Si el resultado ha sido negativo, extenderemos lentamente la acción caústica á las regiones vecinas. Lo que se busca con estas cauterizaciones es un efecto inhibitorio, suspendiendo los accidentes reflejos. En caso de que sean nulos ó poco ostensibles los efectos de este tratamiento en la primera sesión, se repetirá este despues de la cicatrización de la herida, hasta que se obtenga la desaparición de los trastornos de orden reflejo. Este tratamiento es á veces, muy lento y hay que ser muy perseverante en él (1).

-----

(1) Se ha aconsejado, en sustitución del galvano-cauterio, el ácido triclor-acético, que no produce cicatrices ni altera las funciones fisiológicas de la mucosa nasal, de cuya acción he sido testigo.

Las neurosis reflejas que dependen de una exaltación sensorial (olores) sin lesión intra-nasal, cuando no es posible alejar el sujeto de las emanaciones oloríferas que le rodean, deben tratarse también con estas cauterizaciones inhibitorias que se practican sobre diversos puntos de la pituitaria, incluso la del cornete inferior.

Pasemos á otra cuestión. El tratamiento quirúrgico dirigido á combatir las lesiones intra-nasales, puede determinar, en ciertas ocasiones, el desarrollo de trastornos morbosos que parecen verdaderos reflejos. En efecto: las cicatrices resultantes de la ablación de pólipos, de resecciones parciales de los cornetes ó del tabique, y de las galvano-cauterizaciones, pueden originar síntomas insólitos como todo acto quirúrgico. Estos hechos habian ya sido señalados hace mas de veinte años, por algunos autores: Schmaltz observó convulsiones epileptiformes y neuralgias del trigémino; Ziem, delirio pasajero; Hack erupciones cutáneas fe-

briles; Schafer, otitis medias, anosmia y erisipela de la cara; Subline-  
en estos síntomas, veremos que no pueden ser tomados como  
ki, meningioma etc. Fijándonos bien en tales reflejos, sino como compli-  
caciones quirúrgicas comunes á toda intervención cruenta ó cauteriza.

Pero, aparte de estos procesos morbosos, no cabe duda de que en vir-  
tud de estas lesiones post-operatorias, han sobrevenido alguna vez fenó-  
menos reflejos bien patentes. Y no es de extrañar, pues siendo la pitui-  
taria en sí fácilmente excitable, si se le añade otra irritación puede  
desplegar reflejismos diversos; Si estos ya existían, con mayor motivo  
es posible que se exageren; "las exacerbaciones parecen debidas á la ex-  
citación de los filletes del trigémino englobados en el tejido cicatricial  
resultante de las cauterizaciones (Lermoyez).

Debemos pues suprimir las sinequias ó modificar la cicatriz. Las  
primeras se tratarán, según el grado de unión con el cuchillito de Ki-  
llian ó la sierra de Bosworth, procurando evitar después, que se pongan

en contacto, de nuevo, las superficies recién separadas, lo que logramos introduciendo entre ellas tiras de gasa antiséptica, planchas de marfil ó corcho, renovadas cada 48 horas; ó mejor, las espátulas porta-algodones de Botey (y estando empapado el algodón de una solución de cocaína) en varias sesiones. Respecto de las cicatrices es conveniente extirparlas en masa.

Queda aun otro asunto importante de que tratar. Me refiero al tratamiento general. Hemos hablado de una predisposición neuropática indispensable para el desarrollo de las manifestaciones reflejas. Se impone pues no abandonar el enfermo bajo este punto de vista. Toda medicación sedante, todos los medios terapéuticos que obran sobre el sistema nervioso (balneación, hidroterapia, masaje, mecanoterapia, rusticación, etc y la misma sugestión hipnótica) se emplearán para modificar el individualismo neuropático de los predispuestos á tales reflejos. Inútil es

insistir sobre este punto.

En los disocrásicos y anémicos, el sodo, el arsénico, el azufre, el hierro, etc tendrán ventajas mayores, y cuando una investigación etiológica nos demuestre que las exacerbaciones rínicas se producen á consecuencia de un simple enfriamiento cutáneo, como ocurre en los artríticos reumáticos y efidrósicos <sup>á quienes el mas pequeño corte de transpiración provoca</sup> estornudos por el conocido antagonismo fisiológico que existe entre la piel y la mucosa nasal (1); un plan higiénico en que integren las fricciones, los baños de vapor (ó los diaforéticos medicamentosos si el baño no es posible), los baños turcos romanos, el

(1) He observado dos zonas cutáneas de repercusión causales de congestiones intra-nasales, á saber: la nuca y la planta de los pies. Es ya vulgar que en gran número de personas, por el mero hecho de andar con los pies descalzos ó de recibir una corriente de aire frío sobre la nuca, se sienten al instante resfriados de nariz, síntoma que corrigen abrigándose sudando, ó usando medias de lana, en cumplimiento de una terapéutica casera de antiguo abolengo.

traslado á un clima seco, etc, etc, podrán conjurar la persistencia de la rinitis á repetición y los catarros crónicos productores de hipertrofia nasal.

En virtud de cuanto llevamos expuesto, y á modo de resumen sintético, creemos que pueden sentarse las siguientes.

#### CONCLUSIONES:

1<sup>a</sup> = Entendemos bajo la denominación de reflejos de origen nasal una serie de trastornos de naturaleza nerviosa dependientes de una lesión mas ó menos visible de las fosas nasales y cuyos reflejos se manifiestan al nivel de la misma nariz ó en órganos distantes.

2<sup>a</sup> = Son en tal número y de tal diversidad los trastornos reflejos de procedencia nasal, que resulta tarea difícil y embrollada clasificarlos

debidamente para proceder á su estudio, prefiriendo nosotros, para ello, una agrupación taxonómica basada en el orden clínico y según el aparato orgánico en que se desarrollan.

3<sup>a</sup> = Los fenómenos reflejos que mas frecuentemente se ofrecen á la observación son: los estornudos espasmódicos, la rino-hidrorrea, la tos, el asma, el lagrimeo, la epilepsia, el histerismo, la cefalalgia, las neuralgias del trigémino, el vértigo, los trastornos psiquicos y la fiebre de heno; perteneciendo en un lugar secundario; la afonia, la taquicardia, los fenómenos menstruales, ciertas alteraciones oculares, los zumbidos, la corea y las convulsiones de la cara.

4<sup>a</sup> = La sintomatología de estos reflejos es muy distinta, según se desprende de la anterior conclusión, y corresponde por lo tanto, á cada uno de ellos un grupo orgánico á aparato en donde se manifiestan.

5<sup>a</sup> = La mayor parte de los reflejos de origen nasal que se presentan distanciados del órgano olfatorio, van acompañados ó precedidos de al-



gúnos síntomas mas ó menos ostensibles desarrollados en la misma nariz (estornudos, secreción exagerada de las glándulas mucosas, obstrucción, cosquilleo).

6<sup>a</sup> = El primer hecho de la derivación de los reflejos consiste en un estado irritativo de la mucosa nasal y una hiperexcitabilidad de la misma, cuya alteración es favorecida muchas veces por ciertos agentes externos que presentan aquella propiedad (polvos, vapores picantes, puerpos extraños, etc.) La excitación se produce en los filetes intra-nasales del trigémino. En ciertos casos es el olfatorio el que recibe la irritación (olores).

7<sup>a</sup> = La causa próxima de casi todos los reflejos, es un estado patológico de las fosas nasales, siendo las lesiones mas importantes: una tumefacción de los cornetes nasales (Hack), la rinitis hipertrófica, los pólipos mucosos, las desviaciones, crestas y espinas del tabique, las

adherencias entre éste y los cornetes, las lesiones parasitarias y las vegetaciones adenoideas de la naso-farinx.

8<sup>a</sup> = La enfermedad nasal, entre todas las demás, que con frecuencia extraordinaria origina trastornos reflejos es la rinitis hipertrófica difusa ó rinitis crónica, quizás porque también es la mas común de las afecciones rínicas.

9<sup>a</sup> = Es necesario admitir una predisposición orgánica que influya en la derivación de los reflejos nasales, y esta predisposición está en el sistema nervioso. Por eso, los individuos afectados de dichos trastornos son casi siempre neuropáticos y ofrecen una exaltación del aparato nérveo.

10<sup>a</sup> = El diagnóstico de los accidentes reflejos de causa nasal debe establecerse por la producción del fenómeno en conjunto cuando se excita con el estilete la parte de pituitaria sospechosa, lesionada ó nó; y por la inhibición del reflejo cuando se anestesia por medio de la cocaína la zona hiperestésica. Los reflejos de origen olfatorio se provocan bajo la

acción del cuerpo oloroso al cual se atribuyen.

11. = Para distinguir los reflejos nasales de las manifestaciones también reflejas que se originan en los órganos vecinos (oído, boca, faringe, laringe) debe emplearse la exploración con el estilete y la cocaína aplicada á todas estas partes.

12.<sup>a</sup> = Es todavía oscura la patogenia de los síntomas reflejos que hemos estudiado. Desde la teoría de la ingurgitación de los cuerpos ~~vaver-~~ nosos de los cornetes nasales (Hack), aunque basada en algunos hechos tangibles, hasta el papel del nervio trigémino y ramos del ganglio de Meckel y las anastomosis simpáticas con ellos, además de la cuestión de las zonas fijas hiperestésicas de la nariz; no hay duda que se ha dado un paso de gigante, pero aun queda extenso terreno por recorrer.

13.<sup>a</sup> = El pronóstico no es grave y depende de un buen diagnóstico de la cronicidad del fenómeno, del grado patológico de la lesión nasal y del

estado general del paciente.

<sup>a</sup>  
14- = El tratamiento es muy variable y casi puramente etiológico: destruir la lesión de la nariz, según sea aquella por los procederes correspondientes; en casos de zonas hiperestésicas, eliminarlas con el galvano-cauterio. Deben evitarse las sinequias intra-nasales y las cicatrices viciosas post-operatorias, pues podrían ser fuente de nuevos reflejos. Por último, habrá de instituirse un tratamiento general, teniendo en cuenta la exaltación nerviosa de la mayoría de los enfermos que ofrecen manifestaciones de naturaleza refleja, sin olvidar la medicación causal ó indicación etiológica, es decir, en una palabra: los preceptos higiénicos.

---

F I N.

*Luis Luire y Medán*

*Admisible Barcelona 1.º de Septiembre de 1904.*  
*U. Marguier*

OBRAS, REVISTAS Y MONOGRAFIAS CONSULTADAS.

-----

- BARATOUX - Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales.  
(Comunicación á la Société Française d'Otologie et de Laryn-  
gologie; sesión 15 Abril 1885) = Paris.
- BOTEY - Tratado de oto-rino-laringología = Barcelona - 1903 =
- BOTEY - Hechos clínicos de Oto-rino-laringología (Archivos latinos  
de rinología, etc. publicados por el autor = Marzo -Abril =  
Año X = N° 98 = Pgs. 70 y 78.
- CASTEX - Enfermedades de la laringe, nariz y oídos, traducido por D.  
Federico Toledo = Tomo I = Madrid. 1903.
- COMPAIRED - Neurastenia y pseudofobias de origen intra-nasal (Comunica-  
ción al XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en  
Madrid = Abril, 1903).

- DE-CARLI - Un caso di vertigine riflessa del naso. (Archivio italiano di Otologia, etc. Vol. XIII Fasc. 3 = 1902).
- FICANO - Sul rapporto che esiste tra gli organi genitale ed il naso (Bolletino delle malattie de l'orecchio, etc. 1894 = N° 11)
- FRANÇOIS-FRANK - Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale (Arch. de Physiologie, Juillet, 1889 = Pag. 538).
- G.GELLE - Rôle des lésions nasales dans la pathogenie du larmoiement. (Société Française d'Otologie, rhinol etc, séance du 19 Oct. 1903).
- GRADENIGO - Vértiges et pseudo-angine de poitrine, comme phénomènes réflexes d'origine nasale (Revue Internationale de Rhinologie, Laryng etc. = 25 Février 1893).
- HACK - Ueber Reflexneurosen und Nasenleiden (Berlin Klinik Wochens-

chrift + 1882).

- HERING -** Des névroses nasales déterminées par les affections nasales. (Annales des maladies de l'oreille, du Larynx, du nez et du pharynx = Février - Mars = 1886 = Paris).
- JOAL -** Vertiges et odeurs = Paris 1901.
- JOAL -** Epistaxis dues aux odeurs. (Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Otologie, de Rhinol etc. = T XIII - II<sup>e</sup> partie = Pag. 382).
- JOAL -** Aphonies d'origine olphatoire- (Revue Hebdomadaire de Laryngologie, etc. N<sup>o</sup> 35 = 1896).
- KÜTTNER -** Les névroses nasales réflexes et le réflexe nasale normal (Berlin - 1904).
- LERMOYEZ -** Terapéutica de las enfermedades de las fosas nasales, de los senos de la cara y de la faringe nasal = Paris (Traducción

del Dr. P. Verdós, de Barcelona) = 1897.

- LEVI- Los nervios de la mucosa nasal en las neurosis reflejas (Archiv für Laryngologie, etc. de B. Fränkel = 1901 = Tomo XII).
- LICHTWITZ - Des zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens (Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie, et de Rhinologie.- Paris = 7<sup>e</sup> année = N° 12 = 1886)
- LUBLINSKI - L'asthme et les affections nasales. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc. = Août - 1886 = N° 8 - Paris Pag. 306)
- LUCCHESI - Hypertrophie<sup>bitérale</sup> avec dégénérescence des cornets inférieurs; asthme réflexe (Bolletino delle malattie de l'orecchio, della gola e del naso = Mai - 1905 = N° 5).
- MACKENZIE - (John) - Tos provocada por la presencia de pólipos en las fo-



sas nasales (Transactions med. chir. Fac. of med. 1883).

MALHERBE - Traitement nasale de l'asthenie génitale dans l'homme (Annales d'Electrobiologie et de Radiologie = N° 1 - 1904)

M.MARTIN - Troubles réflexes consécutifs à l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs (Société d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie de Paris, séance 4 Mai 1896).

M.MIGNON- L'asthme des foins (Arch. Internat. de Laryng, d'Otol. etz. T. XII - N° 6 = Nov.et Dec. 1899).

MINK (P.J.)- Le nez comme voie respiratoire (La Presse Oto-laryngologique belge = N° 9 = 1903.)

MOLINÉ- Rapport sur l'hydrorrhée nasale (Arch. Internat. de Laryng. etz. Tome XIV N° 3 - Mai - Juin - 1901).

MOLDENHAUER - Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal (Traduction de l'Allemagne par Potiquet =

Paris - 1888.)

- MOORE (T.W.) - Quelques cas d'asthme traités par l'extirpation du cornet moyen (Le Laryngoscope = 1903 N° 7 = pag. 533).
- OSTINO - Nistagmo riflesso di origine nasale (Arch. Ital. de Otol. Rinol. etz. Vol. XIV = 1° Fasc. = 1902).
- PELAEZ - (de Granada) - Algunas consideraciones sobre las rinitis crónicas y el tejido eréctil de la mucosa nasal.- (Revista de Medicina y Cirugía prácticas N° 516) = 1896.
- PEREZ FUSTER - Trastornos por propagación y por reflejismo consecutivos á las enfermedades de la nariz y de los senos (La Medicina valenciana" N° 3 = 1901).
- PICK - Manifestaciones psicopáticas reflejas de la nariz. (Prager med. Wochenschrift = 19 Avril 1893).
- PRESTA - Pequeñas lesiones nasales dan lugar á grandes trastornos

de la inervación (Revista de Medicina y Cirugía.- Año XV - N° 2 = 15 Febrero 1901 = Barcelona = Pag. 48).

ROQUER Y CASADESUS- Algunas neurosis reflejas de origen nasal (Trabajo leído en la Sociedad Española de Laringología, Otología y Rinología; publicado en la Revista de Laringología, Otología, etc. = Tomo V. N° 2 Barcelona Agosto 1899).

ROQUER Y CASADESUS- Contribución al estudio de las neurosis reflejas de origen nasal. Nuevos casos clínicos (Revista de Laringol. Otol. y Rinol = T. VI = N° 1 y 2 = Julio - Agosto de 1890 = Barcelona);

ROQUER Y CASADESUS- Sobre los reflejos derivados de la nariz, faringe y laringe (Comun<sup>on</sup> leída en la Sec. de Laringología del XI Congreso Internacional de Medicina de Roma.)

- ROQUER Y CASADESUS - El histerismo y las zonas histérogénas de la mucosa nasal (Rev. de Laring Oto. y Rinol. = T. VII = 1902 - Barcelona)
- ROTHI - Los reflejos de origen nasal (Monatschrift für Ohrenheilkunde. Berlin = Januar 1904 = N° 1)
- SALZO - Nez et épilepsie. Tésis de Lyon. (+ Journal de Lucas Champinioniére = 1902).
- SARGNON - Gros polypes muqueux de la narine droite, hypertrophie polypoïde du cornet moyen gauche; crises de contractures très fréquentes et très douloureuses dans le domaine du facial droit. etz. (Arch. Internat. de Laryng. Otol. T. XVI N° 5).
- SARREMONNE - Sur un cas de névralgie faciale, consécutive à du catarrhe nasale (Id. Id. Id. T. XIV = N° 3 1901).

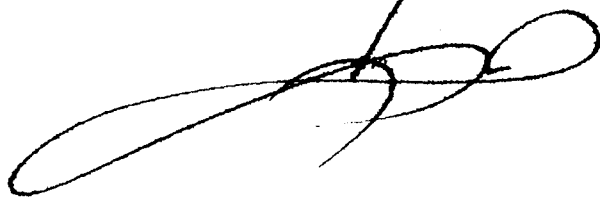
- SOTA Y LASTRA-- Enfermedades de la nariz, boca y garganta. Vol I (Manual teórico y práctico de las enfermedades de la nariz y de sus senos accesorios) = Sevilla 1899)
- SUAREZ DE MENDOZA-- Un cas de vértige nasale guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de la cloison épaissie (Arch. Internat. de Laryng. Otol. etz. T. XIV = N° 3 = Mai - Juin = 1901)
- TRAUTMANN - Rapport nerveux entre la zone nasale et la zone génitale (Monatschrift für Ohrenheil - kunde, 1903 N° 4 = Analisis en los Archivos Intern. de Laryng, d'otol. etz. = T. XVII = N° 2 Mars = Abril = 1904).
- TILLIER - Contribution à l'étude des troubles nerveux dus à la présence de végétations adénoïdes.- (Tésis de Paris -1904
- UBERTIS - Influence de l'irritation de la muqueuse nasale sur le système respiratoire et cardio-vasculaire.

- 202 -

(Annali di Laringol. ed Otol . Rinol e Faring = Anno I = 1900 - Fasc.  
4° )

—ooOoo—

Admirable  
Caval



Verificó el ejercicio del Grado de Doctor  
que le otorgó de Aprobado

Madrid 28 de Octubre 1904

El Presidente  
A. ...

El Secretario

A. ...

J. ...

El tío  
Robina